

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

N°

337

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 27 Juin 1894, à heure

PAR

GEORGES MIGLIARESSI

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Dégénérescence kystique des villosités chorales

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : MM. { TERRIER, professeur.
RICARD, agrégé.
VALADIER, agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1894

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 27 Juin 1894, à heure

PAR

GEORGES MIGLIARESSI

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Dégénérescence kystique des villosités choriales

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. { *TERRIER, professeur.*
 { *RICARD, agrégé.*
 { *VALADIER, agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1894

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	LABOULBENE.
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en céphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
	N ^{III}
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchement.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice :

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BAILLET	GAUCHER	MENETRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISSAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	REITTERER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Ἀγάπης τόδε τεκμήριον

A MES SŒURS CHÉRIES

Ἀδελφικῆς ἀγάπης τεκμήριον

A MES CHERS FRÈRES

Ἀδελφικῆς ἀγάπης καὶ εὐγνωμοσύνης τεκμήριον

G. MIGLIARESSI.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PINARD

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ACCOUCHEUR A LA CLINIQUE BAUDELLOCQUE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

G. MIGLIARESSI.

INTRODUCTION

Beaucoup d'auteurs parmi ceux qui se sont occupés de la question qui fait le sujet de notre thèse inaugurale, prétendent que le mot *Môle*, que les anciens donnaient à la maladie que nous allons étudier ne signifie rien; car, disent-ils, sous ce nom les anciens comprenaient des tumeurs squireuses et des membranes qui sortaient par la matrice.

Que le mot *Môle* (Μόλη d'Hippocrate) ne signifie rien par son étimologie, rien de plus exact; mais prétendre que sous ce nom, les anciens comprenaient des tumeurs et autres produits qui sortaient de l'utérus, c'est aller un peu loin. Hippocrate, sous le nom de *Môle*, a décrit une maladie où, d'après une conception normale, il ne se forme pas dans l'utérus un produit normal, mais au contraire un produit de conception anormale (οὔτε κύημα ἰθαγενές γίνεται).

Si dans notre travail, nous employons quelquefois le mot *Môle*, c'est parce qu'il est plus commode. Nous nous empressons pourtant de dire que, par ce mot, nous comprenons la *dégénérescence kystique des villosités choriales*,

et une dégénérescence telle, qu'elle ne permet pas le développement complet et jusqu'à terme — ou à peu près — du fœtus ; car, si à côté d'un fœtus vivant qui arrive jusqu'à terme — ou à peu près — existe une dégénérescence des certaines villosités choriales, il n'y a pas *Môle*, c'est-à-dire dégénérescence kystique des villosités choriales, mais une grossesse normale avec *une* dégénérescence partielle d'un certain nombre des villosités choriales. La dégénérescence partielle, dans ce cas, n'est qu'une complication de la grossesse normale, et non pas une maladie à part.

Or, qu'il soit encore une fois dit que, en disant *Môle*, nous comprenons *la dégénérescence kystique des villosités choriales*.

La môle a été étudiée par un si grand nombre d'auteurs que, si quelqu'un voulait en faire la bibliographie, il oublierait autant qu'il en aurait cité dans son travail, et si la pathogénie et l'anatomo-pathologie de la question sont à l'heure actuelle à peu près définitivement résolues, la maladie n'est pas moins obscure sur plusieurs points.

Ayant eu le bonheur pendant que nous faisons notre stage obstétrical à la Clinique Baudelocque, d'assister à une leçon de notre éminent Maître M. le Prof. Pinard, sur un cas de *dégénérescence kystique des villosités choriales* observé en ville, nous avons été tellement frappé par l'éloquente leçon du Maître, que nous n'avons pas hésité un seul instant à prendre comme sujet de notre thèse, l'étude de ladite question.

Dans notre exposé, nous laisserons de côté la pathogénie et l'anatomie-pathologique de la question. Dans un premier chapitre, nous étudierons l'histoire de la Môle dans la mesure de nos moyens et sans avoir la moindre prétention

de faire l'historique complète de la maladie, nous indiquerons tout simplement les différentes étapes par lesquelles l'étude de cette question a passé et en rectifiant certains points qui paraissent obscurs.

Dans un second chapitre, après avoir reproduit les principaux cas observés, nous tâcherons d'y démontrer que les trois symptômes qu'on donne comme caractérisant la grossesse molaire, n'ont rien de spécial à cette affection, et qu'on ne peut pas porter un diagnostic juste en se basant rien que sur ces trois symptômes.

Enfin, dans un troisième et dernier chapitre, nous discuterons le diagnostic, le pronostic et l'étiologie, ainsi que les différents modes d'intervention. Nous espérons y démontrer que le diagnostic est impossible avant la fin du quatrième mois de la grossesse molaire; et, sinon facile, du moins possible après le quatrième mois de cette même grossesse; et que la seule conduite raisonnable à tenir en pareil cas, est l'intervention indiquée par M. le Prof. Pinard dans la susdite leçon clinique.

Nous laissons à nos juges le soin d'apprécier les efforts que nous avons faits et les difficultés que nous avons fatalement éprouvées pour la démonstration des faits que nous n'avons pas observés nous-même, notre rôle consiste à raisonner et à critiquer les faits et les observations des différents auteurs qui se sont occupés de cette maladie.

Nous comptons aussi sur l'indulgence de nos juges, si la rédaction de notre travail laisse beaucoup à désirer; car étudiant de nationalité étrangère nous ne possédons que très imparfaitement le maniement de la plume pour la langue française.

Au terme de nos études et au moment de quitter la

France — berceau des fières libertés et des nobles passions, — qu'il nous soit permis d'exprimer notre admiration et notre éternelle reconnaissance pour le peuple Français qui permet à des jeunes gens désireux de s'instruire — comme il le fait pour ses propres enfants, — de venir puiser un peu de lumière auprès de ce gigantesque flambeau de sciences et de progrès qui est l'*Université de Paris*.

Que M. le professeur Pinard daigne accepter l'hommage de notre éternelle reconnaissance, tant pour l'honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre thèse, que pour le précieux enseignement que nous avons puisé, tant au lit du travail qu'à l'amphithéâtre dans ses remarquables leçons cliniques.

Que nos chers et illustres maîtres, MM. les professeurs et professeurs agrégés de la Faculté de Paris reçoivent nos plus profonds remerciements pour les conseils éclairés qu'ils n'ont pas cessé de nous prodiguer pendant tout le temps de nos études médicales.

Nous sommes enfin heureux de pouvoir faire parvenir ici l'expression de notre profonde reconnaissance à la vieille et illustre Faculté de Montpellier, où nous avons reçu les premières notions médicales, pour l'intérêt et le dévouement que les maîtres de cette Faculté nous ont témoigné.

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DE

La Dégénérescence kystique des villosités choriales

Définition. — La question qui fait le sujet de notre thèse a reçu divers noms. On a appelé cette maladie *Môle*, dénomination donnée par Hippocrate et employée pendant très longtemps. Mais, tandis qu'Hippocrate, sous ce nom, comprenait le développement anormal du produit de conception, P. Aeginete, Aëtius et beaucoup d'autres, comprenaient sous le même nom, des grosses tumeurs squaireuses, ou des produits de toutes sortes qui sortaient par l'utérus. A la même époque, on donnait deux autres noms à ce qu'Hippocrate a appelé *Môle* le nom de *faux germe*, et le nom de *frais de grenouille*. C'est sous ce dernier nom que Paul Portal donna la première description d'anatomie pathologique macroscopique de la *dégénérescence kystique des villosités choriales*, description admirable, et accompagnée d'une superbe planche. Paul Portal fit cette merveilleuse description de ce qu'il appelait *frais de grenouille*; tout en ignorant la nature et l'origine du produit.

Le nom *Môle* reprend sa signification Hippocratique avec Moriceau, qui réfute la signification donnée par P. Aeginete et Aëtius. M. Gôza et plus tard M. Percy, par une erreur d'observation ou par simple coïncidence,

croyant avoir affaire à des vers, à des hydatides, adoptèrent le nom de *Môle hydatique*. Cette dénomination fut de courte durée, car l'erreur ayant été reconnue par des recherches ultérieures, la maladie reprend son ancien nom, suivi des qualificatifs *vésiculaire*, *hydatoïde*, *hydatiforme*.

Toutes ces dénominations que les anciens donnaient à la même affection n'indiquent en réalité rien de précis. L'application du microscope dans les recherches histologiques des tissus permit à M. le Prof. Ch. Robin d'élucider l'origine et la nature du produit de la maladie. C'est ainsi que Ch. Robin, après avoir étudié la question au point de vue histologique et embryologique, et après avoir reconnu que ces vésicules provenaient des villosités chorales, donne à la maladie le nom d'*hydropisie des villosités chorales*, nom que nous rencontrons dans la thèse de M. Cayla, thèse inspirée par son maître M. Ch. Robin. Cette dénomination explique beaucoup mieux la véritable origine de la maladie que, jusqu'alors, on a nommée *Môle*, *faux germes*, *fraîs de grenouille*, *Môle vésiculaire*, *Môle hydatoïde*, *Môle hydatiforme*.

Mais si le nom d'*hydropisie des villosités chorales* indique l'origine et la nature de la maladie, il n'en indique pas l'exacte vérité.

Des recherches plus récentes, faites par M. Virchow et par beaucoup d'autres, nous prouvent qu'il ne s'agit pas d'une véritable hydropisie; mais d'une hypertrophie des tissus muqueux qui se trouvent normalement dans les villosités chorales. Il s'agit donc d'une *dégénérescence kystique des villosités chorales*, dénomination que nous avons adoptée pour notre thèse inaugurale sous l'inspiration de notre cher maître M. le Prof. Pinard.

Historique. — L'histoire de la môle a été faite par un grand nombre d'auteurs ; mais, comme je le disais à l'introduction, il reste encore certains points à retoucher.

Je ne veux donc pas faire un historique complet de cette question, mais tout simplement un résumé de l'histoire de la môle en insistant surtout sur certains points qui nous paraissent obscurs dans les différents auteurs.

Tous les auteurs, jusqu'à présent, nous disent : la môle était connue depuis longtemps, mais les anciens ne savaient pas exactement ce qu'était cette môle. — M. le Professeur Depaul, qui a fait l'histoire de cette maladie, la plus complète, nous dit qu'Hippocrate connaissait la *môle*, mais quant à la nature ou à la cause de ce produit il n'est guère explicite. Nous, nous croyons qu'Hippocrate était beaucoup plus explicite que ne le pensait l'éminent Professeur ; car voici ce qu'Hippocrate écrivait dans le premier livre des maladies des femmes. « Môle. Explication de sa formation. Signes à l'aide desquels on la distingue de la grossesse. Traitement. » Voici la cause de la formation d'une môle : quand les menstrues étant abondantes reçoivent une semence peu copieuse et morbide, il n'y a pas conception régulière, le ventre paraît plein comme chez une femme enceinte ; mais rien ne remue dans le ventre ; il ne se forme point de lait dans les mamelles qui sont cependant turgescents. Cet état dure deux ans, quelquefois même trois. S'il n'y a qu'une chair, la femme succombe, car elle n'est pas en état de résister ; s'il y a plusieurs chairs, un sang abondant et plein de coroncules fait éruption par les parties génitales ; si ce flux se modère elle réchappe, sinon la métrorrhagie la fait périr. Telle est cette maladie. On la reconnaîtra et par le développement du ventre et par l'absence de tout mouvement

dans le ventre. En effet, le fœtus mâle remue au bout de trois mois, le fœtus femelle au bout de quatre.

Quand donc l'époque est passée sans qu'il y ait eu de mouvement, c'est évidemment une môle. Un autre signe considérable c'est qu'il n'y a pas de lait dans les mamelles. Autant que possible, ne pas traiter un tel cas : et si on le traite, avertir. D'abord, on fera une fumigation générale ; puis on prescrira un lavement qui produira un flux abondant de sang ; car peut-être on mettra en mouvement la concrétion qui paraît être un embryon, par l'effet du médicament qui aura échauffé le ventre. Faire aussi dans la matrice des injections qui amènent le sang ; sinon, introduire les pessaires les plus actifs faits avec le bupreste et donner à boire le dictame de crête dans du vin, ou, à son défaut, le testicule du castor. Appliquez en arrière, aux flancs, une ventouse et tirez le plus possible du sang ; appliquez-en encore, aussi bien que vous pourrez l'apprécier dans la région de la matrice. »

Comme on le voit, Hippocrate était très explicite ; car il nous dit en peu de mots, ce que des auteurs célèbres croyaient démontrer au commencement du dix-huitième siècle ; car le Père de la Médecine disait que la concrétion qui paraît être un embryon pouvait peut-être se mettre en mouvement ; — c'est ce qu'il cherchait à provoquer par les différents médicaments excitants qu'il employait. La preuve qu'Hippocrate ne regardait la môle que comme un développement anormal et irrégulier du produit de conception c'est qu'il nous dit, au point de vue de la cause de la môle : — quand les menstrues étant abondantes, reçoivent une semence peu copieuse et morbide, il n'y a pas conception régulière, le ventre paraît plein comme chez une femme enceinte ; mais rien ne

remue dans le ventre. La conclusion donc de cette phrase est qu'il n'y a pas conception régulière ; mais conception irrégulière ; puisqu'auparavant il nous dit que le contenu de la matrice paraissait être un embryon.

Ainsi Hippocrate, comme d'ailleurs Gallien lui-même, croyaient que sans conception il ne pourrait y avoir môle : voilà, ce qu'écrivait Gallien dans le quatorzième livre *des organes génitaux*, chap. VII : « Trouverions-nous dans les animaux qui marchent une production analogue à l'œuf autre que celle appelée môle par les médecins, laquelle est une certaine chair inactive et informée. » Conclusion : la môle ressemble macroscopiquement aux œufs des oiseaux ; comparaison faite plus tard par M. de Graaf ; plus bas Gallien nous dit : « Si donc on prétend que la semence de la femme arrive à ce seul résultat, il est clair d'abord qu'on lui attribue une action créatrice bien chétive, laquelle existerait peut-être dans le seul flux menstruel, en second lieu qu'on se trompe dans l'exposition des faits ; car jamais on n'a vu une femme concevoir une môle ou tout autre produit analogue sans le concours de l'homme, comme on voit les femelles de poules pondre des œufs sans la coopération des mâles. » Contrairement à ce que le célèbre Percy prétendait en 1844, en croyant sauver l'honneur d'une jeune fille de la calomnie, qui avait accouché d'un môle, prétendant que cette maladie pourrait très bien survenir chez une vierge.

Malheureusement, tous ces chapitres, tant d'Hippocrate que de Gallien, ont passé inaperçus ; car après eux, Aëtius, chapitre 80 du livre 16, et Paul Aeginete, chapitre 69 du livre troisième, nous disent que la môle n'est autre chose « qu'une tumeur endurcie de la matrice, causée, selon Aëtius, ou par quelque inflammation qui a précédé, ou par quelque ulcère,

auquel une excroissance de chair est survenue, laquelle tumeur on appelle môle, à cause de sa grande pesanteur. » Mauriceau, *Maladies des femmes*, liv. I, p. 110.

Ces opinions persistèrent jusque vers la fin du XVII^e siècle. Avicenne, en 1583, puis Ambroise Paré, en 1644, qui a fait même l'autopsie d'une femme morte par suite d'une môle; et Paul Portal qui, pourtant, a observé trois cas de môle, étaient aussi avancés qu'Aëtius et Aeginete. Paul Portal était si étranger à cette question que, dans sa deuxième observation, Portal écrivait ceci: « Cette demoiselle aime fort à manger des aliments de haut goût; et je l'ai priée de vivre autrement si elle voulait se bien porter. » Ainsi donc P. Portal croyait que les aliments de haut goût avaient une influence sur la production des môles. Pourtant M. de Graaf, en 1878, croyait que ces vésicules n'étaient autre chose que des œufs non fécondés. Mais voilà que Mauriceau, contemporain de Portal et de M. de Graaf, en 1681, après tant de siècles et des erreurs, qui revient aux idées Hippocratiques, et dans son *Traité des maladies des femmes*, à la page 347, liv. II, voilà ce qu'il nous dit. « Après avoir assez amplement parlé au ch. X du liv. I, des causes, des signes et des différences de la môle, et du faux-germe, et montré comme la môle provient toujours du faux-germe, et que tous les prétendus faux-germes ont été des vrais germes dans les premiers jours de la conception... etc., comme je l'ai expliqué en ce lieu, etc... » De même que dans le liv. I p. 117, il fait la division des môles et nous dit « il est bon d'être averti que nous n'admettons pas pour véritables môles ces grosses tumeurs schirreuses et carcinomateuses de la matrice; et que les môles que nous croyons seulement vrais, procèdent toujours originairement d'un faux-germe qui, restant plus longtemps qu'à l'ordinaire dans la matrice

sans en être expulsé, y grossit de telle sorte, qu'il passe alors pour môle. Je n'ai jamais vu de ces sortes de véritables môles rester plus de sept ou huit mois dans la matrice sans en être expulsé. »

Voilà donc pour le moment deux espèces de môles indiqués dans ce chapitre par Mauriceau ; le faux germe qui est le début de la môle, et la vraie môle qui est restée plus longtemps dans la matrice, qui y a grossi et qui est devenue la vraie môle, c'est-à-dire la môle vésiculaire. Mauriceau, dans un autre chapitre, indique encore deux autres espèces de grossesse molaire : car, plus bas et au même chapitre, il nous dit : « il se rencontre quelquefois un enfant avec la môle duquel elle est séparée, si nous en croyons Hippocrate, comme était cette coroncule que la femme des Gorgias vuida quarante jours après être accouchée au neuvième mois d'une fille vivante, dont il fait mention au liv. V des Maladies pop., et d'autres fois aussi la môle se trouve adhérente à son corps ; ce qui fait que l'enfant devient contrefait et monstrueux. » La division donc des môles est très nettement indiquée par Mauriceau en quatre espèces, un siècle et demi avant le travail de M^{me} Boivin.

A partir de cette époque un grand nombre d'anatomistes célèbres, parmi lesquels nous trouvons Ruysch, Albinus, Haller, Grassius, Wrisberg, acceptent et donnent pour origine des môles la dégénérescence du produit de conception. Cela ne suffit pas : certains auteurs, aussi bons observateurs que célèbres savants, voulaient savoir beaucoup plus, c'est-à-dire localiser plus exactement cette dégénérescence.

Nous entrons ainsi dans une période qu'on peut appeler période des théories. Ainsi Sommoering attribuait cette

maladie au développement kystique des vaisseaux lymphatiques ; Valisnieri va plus loin encore en affirmant avoir vu dans les vaisseaux lymphatiques du placenta, du cordon, du chorion, de l'amnios, à l'état normal, un certain nombre de petites vésicules qui se développent, se gonflent, et à l'intérieur de ces vaisseaux, etc. . . . En affirmant de plus que l'arrangement des éléments qui composent cet appareil ne sont bien appréciables que dans le cas de la maladie, ainsi qu'il arrive en beaucoup de cas d'affections du système lymphatique. D'un autre côté MM. Bartholin et Muller prétendaient que les môles n'étaient que la dilatation des vaisseaux sanguins ; de son côté, M. Smellie reconnaît comme origine des môles vésiculaires l'hyper-trophie des glandes de l'utérus.

Comme si toutes ces théories ne suffisaient pas et comme pour égarer les recherches de la vraie voie, voilà que M. Gôza, en 1782, prétend y avoir reconnu des entozoaires, des vers vésiculaires, et adopte le nom des môles hydatiques. — Hirtzmann, thèse 1874. — Beaucoup plus tard, en 1811, le célèbre chirurgien Percy donnait l'assurance d'avoir vu remuer, s'agiter, les vésicules qui composent cette espèce de môle et qu'il a rangées parmi les vers *tœnia hydatigena*, opinion que l'illustre Laennec et Hipp. Cloquet acceptaient sans conteste. Cette idée fut acceptée aussi par Bremser, de Vienne, en 1819 ; et par Gluge, qui figura les hydatides dans son atlas d'anatomie pathologique publié à Iéna en 1843.

Les travaux du Professeur Velpeau sur l'œuf humain, d'après le Professeur Desormeau, dans le dictionnaire en trente volumes, établirent nettement qu'il ne pouvait pas être question de vers vésiculaires.

Madame Boivin, en publiant son travail en 1827, sur

l'origine, la nature et le traitement de môles vésiculaires, nous dit : « On voit que ces observations toutes récentes, faisant allusion aux travaux de MM. Velpeau et Desormeau, s'accordent parfaitement avec celles qu'on avait faites il y a un siècle. D'autres faits bien observés démontrent que les radicules du placenta ne sont pas exclusivement le siège de ces corps vésiculaires ; qu'ils se développent aussi sur les membranes de l'œuf. »

Par une argumentation très riche en observations, elle conclut que les môles vésiculaires n'étaient autre chose que le produit d'un commerce sexuel et le résultat d'une dégénérescence ou le développement anormal des annexes de l'embryon. Si la dégénérescence se porte sur le système sanguin de l'embryon ou sur celui des annexes, il se produira une môle rouge, charnue ; si, au contraire, c'est la coque membraneuse de l'œuf qui est frappée de dégénérescence, avant le développement du système sanguinifère, on aura la môle blanche, hydatiforme ou vésiculaire ; mais si les deux systèmes vaisseaux sanguins de l'embryon et coque membraneuse de l'œuf sont développés anormalement et simultanément, il se produira la môle complexe, charnue et vésiculaire, ou embryonnée des auteurs du dictionnaire en trente volumes. Enfin, la môle embryonnée, composée d'une môle et d'un embryon, serait le résultat d'un ou de plusieurs germes dont l'un serait entièrement dégénéré et l'autre d'une manière complète. Telles étaient les idées et la division des môles que M^{me} Boivin a discutées et a très bien mises en lumière. Si puissantes, si séduisantes, si raisonnées que fussent ces idées, elles n'empêchaient pas des savants anatomo-pathologistes, tels que Robin et Virchow, de chercher à pénétrer le mystère de la structure de la môle. Nous

voilà ainsi arrivés à la dernière période, qui est la période actuelle, et dont les idées sont acceptées par tout le monde.

En 1849, M. Cayla, sous l'inspiration de son éminent maître M. Ch. Robin, soutenait devant la Faculté de médecine de Paris une thèse intitulée : De l'hydropisie des villosités chorales. Dans cette thèse où sont produits les travaux de M. Ch. Robin, M. Cayla nous dit que pour arriver à déterminer l'origine et la nature des môles, il était absolument nécessaire d'étudier les villosités chorales à l'état normal ; voici ce qu'on lit dans sa thèse : « C'est en effet pour avoir méconnu la disposition, la structure et le développement des villosités chorales que nombre d'auteurs considérèrent comme des animaux parasites, comme des hydatides ce qui n'était réellement que ces mêmes villosités grossies, déformées, par un épanchement de sérosité dans leurs cavités tubulaires. » Et plus bas il continue : « Ces notions une fois acquises, nous montrerons dans un second chapitre qu'il a été facile de retrouver dans le mode de ramification des grappes des vésicules hydatiformes, l'aspect que présentent les villosités ramifiées ; que de plus la structure du chorion et des villosités étant constatée et démontrée identique à celle des parois des kystes hydatiformes, il ne pouvait rester en doute que les vésicules ne fussent des dilatations de ces villosités ; résultat d'une formation de liquide dans leur intérieur ». C'est ce qu'il démontre tout au long dans sa très remarquable thèse, et dans le même paragraphe pour expliquer les différentes espèces de môles il nous dit : « il arrive que quelques-unes seulement des villosités chorales dont le placenta est formé sont devenues hydatiformes, et alors il y a lésion locale, peu étendue, sans conséquence fâcheuse pour le fœtus, mais il n'y a pas môle ; d'autres fois, toutes ou à

peu près toutes les villosités choriales sont altérées, alors le fœtus n'a pu se développer qu'incomplètement et souvent pas du tout, la masse contenue dans l'utérus est un produit morbide, improductif, il y a en un mot môle hydatiforme. »

Ainsi donc, d'après MM. Robin et Cayla, les môles vésiculaires n'étaient autre chose que les villosités choriales grossies, gonflées par une sérosité rougeâtre, ou plus souvent tout à fait incolores, transparentes, fluides comme de l'eau, tenant en dissolution de l'albumine qui se coagule au contact de l'acide nitrique ou à l'alcool; ce liquide contient aussi deux sortes de cellules mais peu abondantes.

Ancelet, plus tard, en observant trois cas de môles, revient sur des idées erronées, en prétendant que cette maladie provient d'une maladie de la caduque. Cette idée est très bien réfutée et combattue par M. Duchamp dans sa thèse d'agrégation en 1880.

Virchow et avec lui un grand nombre d'auteurs et parmi lesquels des grands anatomo-pathologistes tels que Ranvier, Cornil et beaucoup d'autres, qui, tout en plaçant dans les villosités choriales le point de départ de l'altération, la considèrent néanmoins non pas comme une hydropisie de ces villosités, mais comme des myxomes développés aux dépens du tissu muqueux que les villosités choriales contiennent normalement.

Cette opinion paraît être acceptée par le plus grand nombre d'auteurs aujourd'hui.

Avant d'aborder l'étude des symptômes, du diagnostic, de l'étiologie et la conduite à tenir, nous croyons indispensable de citer certaines observations les plus remarquables.

OBSERVATION I

Publiée par M. Paul Portal, p. 197, et accompagnée d'une figure très démonstrative.

M. Corbeau, mon confrère, et très-habile chirurgien, me fit appeler dans ce temps-là à la rue des Lavendières pour voir une femme qui se disoit estre grosse d'environ deux ou trois mois. Il me fit observer que cette femme avoit vuïdé environ trois à quatre livres d'une matière qui ressembloit au fray de grenouilles en forme de grappes de groseiller blanc. Depuis ce temps-là j'ay secouru une demoiselle venue de Londres, qui avoit esté gouvernée en cette ville-là très-sagement, et avec toute la prudence qu'un habile homme tel qu'est M. de Niaumen, très-habile docteur en médecine, et dans l'art des accouchements, suivent que la malade me l'a dit, m'ayant assuré qu'il est dans une très grande réputation, non seulement dans la ville de Londres, mais dans toute l'Europe. Ce qui me l'a encore plus confirmé c'est qu'il luy avoit toujours assuré qu'elle n'estoit point grosse d'enfant; aussi ne l'estoit-elle pas.

Estant arrivée en cette ville, et logeant rue Maubué, elle fut surprise par une perte de sang très considérable, et m'ayant fait appeler, je la touchay. Je sentis l'orifice de la matrice ouvert. Je luy demanday ce qu'elle avoit fait. Rien me dit-elle, sinon que M. de Mersenne (l'un de notre anciens docteurs de la Faculté et fort sçavant), l'avoit fait saigner du bras, et qu'ensuite elle avoit senti de cruelles douleurs qui l'avoient obligée de me faire appeler. J'y trouvay une sage-femme, qui avoit fait ce qu'elle avoit pû. Alors je graissay mon doigt avec de l'huile d'amandes douces, et je l'introduisis dans la matrice, ou je sentis au bout de ce doigt l'orifice interne fort irritée, soit par l'attouchement qu'on lui avoit fest avec le doigt, ou par l'acrimonie du sang, ou par le lavement que la sage-femme luy avoit donné, qui estoit extrêmement violent; ce que l'on ne doit pas faire, parce que ces lavements peuvent causer de grands accidens. Je glissay mon doigt plus avant où je sentis un corps fort mollassé; ce qui me fit croire que ce pouvoit estre un arrière-faix qui estoit adhérent à la bouche de la matrice, que je separois avec l'extrémité de mon doigt, sans irriter l'orifice. Je separay une partie de ce corps mollassé, dont la figure est cy-dessous, l'auteur représente une magnifique figure de môle vésiculaire.

Avec mon doigt j'en tiray de la grosseur d'une noix : mais les douleurs redoublent, je tiray de ce corps étrange une grande portion toute pleine de fibres, et d'une nature ressemblant à une grappe de fruits de groseiller blanc, c'est-à-dire, une quantité considérable de larmes blanches, comme des cristaux ou petites vessies pleines d'eau claire. Je tirois, de cette manière tantost charnuë et tantost fibreuse, comme si c'étoit du fray de grenouille, donc je tiray avec mes doigts la quantité de plus de deux livres ; et lorsque je tirois ces matières, je tenois ma main senestre à plat sur le ventre afin de faire obaisser le corps de la matrice qui étoit de la grosseur d'un pain de deux à trois livres.

Après avoir tiré ces matières, je laissay la malade en repos, et je fis garder cette matière pour la faire voir au médecin, et j'en emportay chez moy que je fis voir aussi à M. Auzon, Docteur de la Faculté, qui admira les effets de la Nature. Cette matière revenoit en eau.

Cette demoiselle s'est depuis bien porté jusqu'au terme. Après le mois de sa couche, elle eut une perte de sang qui ne dura pas ; et encore un mois après, la mesme perte de sang la reprit, et s'estant mise au lit, le sang s'arresta : ce qui nous fit juger que c'étoit ses ordinaires. Elle est présentement en parfaite santé.

Cette demoiselle aimait fort à manger des aliments¹ de haut goût ; et je l'ai priée de vivre autrement, si elle vouloit se bien porter. »

Cette observation est extrêmement intéressante, car on comprend que la masse extraite de l'utérus ayant une forme tout à fait différente de la première observation, Paul Portal ne l'a pas même désignée du nom de môle. Mais il croyait avoir affaire à une autre maladie qu'on a appelée fray de grenouille ; de plus, la description qu'il donne de la masse est si caractéristique de la dégénérescence kystique des villosités chorales, qu'on pourrait dire que tous les auteurs qui ont décrit après P. Portal macroscopiquement la môle, n'ont fait que de reproduire sa description. Et pourtant, comme l'a dit très justement M. le Prof. Pinard à sa leçon de clinique, aucun des auteurs qui se sont occupés de cette question ne mentionne P. Portal.

Nous disions que cette môle est la dégénérescence kystique des villosités choriales ou la môle hydatôide de M^{me} Boivin ; car on pouvait supposer en lisant cette phrase de l'auteur, « cette demoiselle s'est depuis bien portée jusqu'au terme. Après le mois de sa couche, elle eut une perte de sang qui ne dura pas, etc. », qu'on a affaire à la môle embryonnée de M^{me} Boivin ; nous, nous croyons que non, car Paul Portal, au commencement de l'observation, nous dit qu'il croyait d'autant plus à la réputation du médecin anglais « qu'il luy avoit toujours assuré qu'elle n'estoit point grosse d'enfant ; aussi ne l'etoit-elle pas ». Aucun doute donc que le cas est une môle vésiculaire ou hydatôide.

Nous ferons aussi remarquer que la conduite tenue par l'auteur consistait à introduire la main dans l'utérus et extraire le fray de grenouille, conduite excellente comme on peut en juger d'après les suites qui furent parfaites.

OBSERVATION II

Malade de la maison Royale de Santé, Service de M. le Professeur Duméril. Publiée par M^{me} Boivin.

M^{me} Louise D..., âgée de 23 ans, d'une constitution forte, tempérament lymphatique. Régée à 11 ans, toujours bien, mais très abondantes et fort douloureuses à chaque époque, sujette aux fleurs blanches.

Enceinte pour la sixième fois dans l'espace de quatre années.

1^{re} Grossesse, à dix-neuf ans, accouchement naturel à terme.

2^e Grossesse, avortement à trois mois, môle charnue.

3^e Grossesse à terme, mais orageuse, accouchement naturel.

4^e Grossesse, avortement entre le quatrième et le cinquième mois, qui fut suivi d'une métrorrhagie violente.

5^e Grossesse, avortement après deux mois de suppression.

6^e Grossesse, mai 1823. Ecoûlement de sang à des époque indéterminées, nausées, tiraillements douloureux

dans la région de l'estomac, vomissements, palpitations du cœur violentes, douleurs dans les reins, dans les hanches, développement rapide de l'abdomen, enflure des jambes, constipation opiniâtre ; à trois mois, perte de sang qui dure neuf jours ; à la suite explosion d'un flot de sérosité sanguinolente, contraction, douleurs utérines, faiblesse extrême, vomissements, frissons, fièvre ; à trois mois et demi, l'abdomen est développé comme il est d'ordinaire à sept mois de grossesse fœtale. Tumeur formée par l'utérus large, molle, inclinée à gauche, sans fluctuation manifeste, se laissant facilement déprimer. Par le toucher vaginal, col fort élevé, orifice externe largement ouvert, les bords minces et mous ; orifice interne très resserré. Rien n'indique la présence d'un corps solide, mobile dans la cavité utérine. Perte de sang, la malade est très faible, décoloration générale, bouffissure de la face.

A quatre mois, perte spontanée d'environ huit onces de sang ; le 27 août, à deux heures du matin, douleurs plus vives dans les reins et dans les régions inférieures du ventre ; orifice externe tout-à-fait effacé ; il ne présente plus ses deux larges lèvres ; orifice interne commence à s'entr'ouvrir : il s'y présente un corps molasse, spongieux. La perte continue depuis quatre jours ; elle est accompagnée de douleurs de reins. Le col de l'utérus, auparavant inaccessible à cause de son extrême élévation, est abaissé ; contraction utérine sensible ; le globe utérin se durcit ; col complètement effacé ; il se présente à l'orifice une masse rugueuse analogue à la face utérine du placenta ; le sang coule avec plus de violence pendant la douleur qu'après. Lavement avec un mélange d'eau salée et de vinaigre ; douleurs plus vives ; contractions plus fréquentes ; expulsion d'une grande portion de la môle hydatique. Contractions suspendues pendant trois quarts d'heure, on renouvella le lavement acéto-salin, qui fut suivi de douleurs et de la sortie du reste des vésicules. Nouvelle injection de même nature que les lavements ; mais cette fois dans l'utérus pour nettoyer sa cavité, et d'entraîner ce qui pouvait y rester de ces corps vésiculeux. Le travail a duré dix heures.

Le premier jour, faiblesse, collapsus complet du col de l'organe, les orifices sont restés largement ouverts.

Le deuxième jour, frissons suivis de fièvre.

Du troisième au cinquième jour, la fièvre continue ; lochies puriformes, douleurs, tuméfactions des mamelles, point d'excrétion par le mamelon.

Du sixième au onzième jour, lochies sanguinolentes, expulsion de petits caillots, mêlés de lambeaux membraneux. L'utérus est resté à peu près stationnaire depuis l'expulsion des hydatides; l'orifice du col est presque aussi ouvert qu'il l'était le lendemain des pertes; tous les jours, injection dans l'utérus avec la décoction de racines de ratanhia ou l'infusion de petite sauge.

Du douzième au quinzième jour, perte abondante, suivie de selles ou diarrhée, occasionnée par une indigestion d'aliments solides pris en trop grande quantité. L'utérus est toujours molasse. Injection dans la cavité avec la solution acéto-saline qu'on continue encore pendant quelques jours. L'utérus diminue enfin de volume, les fonctions de l'estomac se sont rétablies à l'aide d'un régime mieux approprié à l'état de la malade. Cette jeune femme est devenue enceinte l'année suivante, elle est accouchée à terme d'un garçon très vigoureux qu'elle a nourri de son sein pendant dix-huit mois.

Il faut remarquer dans cette observation que, quand on nous dit que la grossesse était de quatre mois, alors que le développement du ventre correspondait à une grossesse de sept mois: il faut nous rappeler qu'à cette époque-là, comme la plupart des médecins à l'heure actuelle croient que la hauteur de l'utérus à quatre mois de grossesse se trouve à deux ou trois travers de doigt au dessus de la symphise pubienne, tandis que M. le P^r Pinard ne laisse aucune occasion sans nous faire constater par nous-même que le fond de l'utérus gravide à quatre mois atteint l'ombilic; hauteur que la plupart des auteurs acceptent pour un utérus gravide de six à sept mois, opinion inexacte.

Il faut aussi remarquer que la femme a continué à perdre du sang pendant qu'elle était en observation.

OBSERVATION III

Du Professeur Duméril, publiée par M^{me} Boivin.

M^{me} Claire, âgée de vingt-huit ans, tempérament sanguin,

constitution délicate et nerveuse ; mère morte d'une affection cancéreuse de la matrice ; réglée à 15 ans, toujours bien, et régulièrement, sujette à la constipation ; se plaignait avant le mariage d'une pesanteur fatigante sur le périnée.

Devenue enceinte au courant de la deuxième année du mariage, après la restitution de l'utérus, qui était dans un état d'antéversion. Elle eut quatre grossesses dans le cours de six années.

Première grossesse, à terme, accouchement naturel après huit heures de travail ; hémorrhagies occasionnées par une émotion violente et par un vice de conformation du placenta ; suites de couches compliquées d'une fièvre adynamique.

2^e grossesse, qui fut très fatigante à cause du développement de l'utérus dans le bassin ; accouchement à terme, sans douleur.

3^e grossesse heureuse ; accouchement naturel et sans douleur.

4^e grossesse, premiers jours d'août 1825 ; les règles manquent à leur époque ; symptômes semblables à ceux des grossesses précédentes ; vomissements, douleurs de l'estomac, pesanteurs de tête, somnolence après dîner, sécheresse extrême de la peau, froid glacial et constant des membres pectoraux et abdominaux ; point d'écoulement d'aucune espèce, jusqu'à la fin du troisième mois.

A trois mois les vomissements continuent, la matrice est développée comme au troisième mois de la grossesse naturelle ; le col de cet organe est long, très bas, dirigé en arrière, son orifice est fermé. Epistaxis tous les deux en trois jours : la tête s'en trouve mieux ; bain simple de propreté ; perte de deux ou trois cuillerées de sang de l'utérus en sortant du bain. Les vomissements persistent : huit sangsues sur la région épigastrique ; la saignée du bras était impraticable. Cessation de la perte et des vomissements dès le lendemain : les digestions se font mieux ; promenade, retour de la perte.

A quatre mois, le fond de l'utérus incliné à gauche, excède à peine le bord supérieur du pubis ; il ne présente du côté du vagin qu'une masse compacte, douloureuse au toucher ; point de fluide, point de corps mobile. Col de l'utérus très long, mou et fortement appuyé sur le périnée ; il est replié sur lui-même en forme de coude, de manière à présenter en avant son orifice externe ou museau de tanche. Dépérissement, anxiété, maigreur ; les petites pertes de sang continuent ; point de sérosité ; l'écoulement de sang est toujours précédé de chaleurs de reins.

A quatre mois et demi, de deux jours l'un, jusqu'au cinquième mois, bains entiers avec décoction de plantes émollientes; tamponnement du vagin après une injection faite avec un mélange de miel et d'extrait de belladone, pour faciliter le développement du col de la matrice et la dilatation de son orifice.

A cinq mois, changement peu apparent dans les parties; à cinq mois et demi le fond de l'utérus un peu de l'abdomen en se dirigeant à gauche. Cet organe est toujours dur et douloureux au toucher; seins gonflés et douloureux, surtout le droit.

Dans le cours du sixième mois, pertes sanguines plus rares; appétit moins mauvais; la malade sort.

A sept mois, développement plus sensible de l'utérus, il est toujours dur, incompressible, très douloureux au toucher. Au commencement du huitième mois, l'utérus offre tout au plus le volume qu'il présente d'ordinaire au cinquième mois d'une grossesse fœtale, il a conservé sa forme oblongue; col beaucoup plus gros qu'auparavant, il n'est plus recourbé, il a pris sa rectitude naturelle en s'élevant davantage vers le détroit abdominal, son orifice est presque au centre du vagin, la perte a disparu depuis quelque temps.

Huitième mois, contraction utérine, douleurs vives, retour de la perte de sang à huit heures du matin. Col de l'utérus très long, l'orifice vaginal est ouvert, il s'y présente un corps molasse à surface granulée. Les douleurs utérines sont très violentes et ne changent rien à l'état des parties. Il s'écoule un peu de sang vermeil à chaque contraction. Injection crétasaline dans le rectum, Douleurs intolérables dans les reins et dans l'utérus, cet organe est le siège d'une douleur constante.

A huit heures du soir, expulsion d'une masse vésiculaire du volume du poing, qui fut gardée près de la vulve; cinq minutes après, il sortit le reste de la masse de la grosseur d'une tête de fœtus à terme. Ces deux portions de la môle n'ayant point été séparées, on put en apprécier le volume et la texture extérieure. On n'y a pas remarqué le plus petit mouvement, pas le moindre frémissement. La durée du travail a été de douze heures.

Suites du port hydatique; douleurs violentes dans l'utérus et dans les reins. Le 3^e et 4^e jours les douleurs se calment, chaleur brûlante dans les reins; lochies séreuses d'un gris sale; fièvre non précédée de frisson: tuméfaction des mamelles, excrétion lactiforme du mamelon droit.

Enfin la malade se rétablit peu à peu, elle a passé plusieurs mois à la campagne et s'y est assez bien rétablie.

Cette observation nous paraît très intéressante au point de vue du développement du ventre qui, au lieu d'être d'un développement plus considérable qu'à une grossesse normale du même âge, est au contraire d'un volume moins considérable que ne serait une grossesse normale. Mais on peut objecter qu'on n'est jamais certain du début de la grossesse, et par conséquent on pouvait se tromper sur l'âge de la grossesse ; nous remarquons aussi que le traitement employé, tels que bains et tamponnement vaginal, n'ont pas arrêté les pertes hémorrhagiques.

OBSERVATION IV

Publiée dans la thèse de M. Cayla. Communiquée par M. le Professeur Depaul, à la Société de biologie.

Une dame âgée de 21 ans, demeurant rue Louis-le-Grand, N° 24, était accouchée à la fin de janvier 1849, pour la première fois, à terme et naturellement, enfant vivant, suites de couches régulières. Les règles reparurent pour la première fois dans les premiers jours d'avril. Depuis cette époque elles furent de nouveau suspendues, ce qui, joint à quelques troubles des fonctions digestives, et à quelques autres phénomènes, fit croire à une nouvelle grossesse.

Le 20 avril, il y avait déjà des nausées et des vomissements, les seins sont devenus durs et douloureux, la santé générale n'était pas mauvaise, cette dame pouvait se livrer à ses occupations habituelles. Cet état normal persiste pendant deux mois environ, Mais alors, sans cause appréciable, aucune violence extérieure n'ayant agi et sans qu'on pût invoquer l'influence de quelques émotions morales, l'utérus prit en quelques jours un accroissement insolite, qui ne s'accordait nullement avec la marche ordinaire d'une grossesse régulière. En même temps, apparut par le vagin un écoulement séro-sanguinolent, assez considérable pour que M^{me} X... fût obligée de se garnir, mais qui contenait une très minime quantité de sang, et continua sans interruption jusqu'au

moment où l'utérus se débarrasse du corps particulier qu'il renfermait. Au reste, aucune douleur ne se fit sentir, ni dans l'utérus, ni dans quelque autre point de la cavité abdominale.

Dans les premiers jours d'août, étonnée de la persistance de l'écoulement dont nous avons parlé, M^{me} X... se décida à consulter un médecin et voici ce qui fut facile de constater.

Le développement de l'utérus parut énorme pour une grossesse qui était arrivée tout au plus à la fin du quatrième mois, son fond dépassait de deux travers de doigt la cicatrice ombilicale. La forme de cet organe offrait aussi quelque chose d'anormal. Au lieu d'être régulièrement arrondie elle présentait des bosselures, surtout sur les régions latérales, bosselures permanentes et n'ayant aucune analogie avec celles qui sont dues à des déplacements du fœtus. Le toucher fit constater que le col était encore long, mais souple et mou. La lèvre antérieure, considérablement développée, paraît le siège d'une lésion préexistante à la grossesse. La malade assurait percevoir la sensation des mouvements actifs d'un enfant. L'auscultation ne fut pas pratiquée par la personne chargée de cet examen (M. Depaul croit qu'on aurait pu constater un bruit de souffle analogue à celui de la grossesse ordinaire, ainsi qu'il a pu le faire dans quelques autres faits qui se sont présentés à son observation). Quelques jours après, dans la nuit du 6 au 7 août, sans cause provocatrice extérieure, la malade étant couchée, apparurent des douleurs dans le ventre, ayant tous les caractères de celles qui accompagnent les contractions utérines. L'écoulement séro-sanguinolent, qui n'avait pas discontinué, devint plus abondant à partir de ce moment. Le mardi 7, à dix heures du matin, une masse, du volume des deux poings, fut expulsée ; à part quelques petits caillots qui s'étaient déposés dans les anfractuosités qu'elle présentait, cette masse était exclusivement formée par des séries de vésicules appendues sur une tige commune, et formant des grappes nombreuses. Ces vésicules présentaient des différences, quant à leur forme et leur volume ; les unes étaient ou arrondies ou aplaties, les autres ovales. Les plus petites avaient le volume d'un grain de chénevis ; les plus volumineuses, celui d'une grosse amande. Leurs parois étaient minces et transparentes, mais jouissaient d'une résistance assez grande. Le liquide qu'elles contenaient était incolore et légèrement visqueux. Les pédicules communes de ces vésicules, et les filets particuliers qui les supportaient, étaient blancs et très résistants ; les premiers portaient tous d'une membrane dont il a été impossible de retrouver la cavité. La

persistance des contractions utérines pourrait facilement faire soupçonner que toute la môle n'avait pas été expulsée, et en effet, à trois heures, le même jour, une nouvelle masse, à peu près du même volume que la première, fut rendue : elle offrait d'ailleurs les mêmes caractères. Quelques heures de calme suivirent son expulsion ; mais des douleurs reprenant dans la nuit et le lendemain, à neuf heures, l'utérus se débarrassa d'une dernière portion, un peu moins volumineuse que les deux précédentes.

A partir de ce moment, la matrice, qui ne renfermait plus rien, cessa de se contracter ; un écoulement lochial, séreux plutôt que sanguin, s'établit et fut surtout remarquable par son abondance pendant les trois premiers jours ; le quatrième il avait presque entièrement disparu, et le fond de l'utérus était au niveau du détroit abdominal.

Les phénomènes qui constituent ce qu'on appelle la fièvre de lait apparurent comme à la suite d'un accouchement ordinaire, avec cette différence seulement qu'ils se déclarèrent à une époque plus rapprochée de la déplétion utérine (vingt-quatre heures après) et qu'ils eurent une durée beaucoup moins grande. Aujourd'hui, cinq jours après l'expulsion de cette môle, la santé de M^{me} X... est aussi bonne que possible, et il est permis de penser qu'elle sera promptement rétablie.

Pour cette observation nous pouvons dire ce que nous disions auparavant, c'est-à-dire que ce qu'on appelait en 1849 énorme développement de l'utérus pour une grossesse de quatre mois, n'est en réalité que peu exagéré. Car à quatre mois de la grossesse, comme je le disais, le fond de l'utérus se trouve au niveau de l'ombilic.

Nous attirons l'attention du lecteur sur ce fait que l'expulsion a duré vingt-trois heures ; temps pendant lequel la femme souffrait.

OBSERVATION V

Communiquée à M le professeur Poyot, publiée dans la thèse de M. Cayla.

Femme Sylvestre, âgée de 27 ans, mariée depuis deux ans ; réglée à 18 ans, sans douleur ; la fonction une fois établie s'opéra sans trouble. Depuis son mariage, l'apparition mens-

truelle est en retard de quelques jours à chaque époque ; elle dit avoir fait une fausse couche, il y a environ 18 mois, mais les règles ne s'étaient pas complètement arrêtées.

Au mois d'octobre 1848, première suppression des règles, et apparition consécutive de phénomènes qui accompagnent la grossesse. Dans les premiers jours de juin 1849, sans cause appréciable, cette femme fut prise de coliques vives et perdit à peu près deux verres de sang ; l'écoulement dura à peu près une nuit, et s'arrêta. La grossesse semble ensuite continuer sa marche ordinaire.

Quinze jours avant la déplétion utérine, qui eut lieu le 28 juillet, une nouvelle perte plus abondante que la première, et accompagnée de coliques, douleurs des reins, se manifesta ; et continua avec une intensité variable jusqu'à la fin de la grossesse. Le médecin, appelé à l'époque de ce dernier écoulement sanguin, trouva l'utérus peu volumineux pour l'époque présumée de la grossesse. La femme prétendait avoir senti remuer vers le cinquième mois. Mais ce fut en vain qu'on chercha à percevoir les mouvements actifs ou passifs de l'enfant ; il en fut de même des bruits de cœur du fœtus et du souffle placentaire.

Le 28 juillet, à une heure du matin, des douleurs plus fréquentes et plus vives annoncent un commencement de travail ; en même temps l'hémorrhagie augmente et se manifeste à chaque contraction par l'expulsion de caillots. A 5 heures du soir, bien que les douleurs aient été très vives, et des pertes continuelles, le col est à peine assez dilaté pour permettre l'introduction de la première phalange ; à 7 heures, douleurs plus vives encore, le col est sensiblement plus ouvert. On donne un gramme de seigle ergoté ; les contractions deviennent incessantes, et la dilatation du col permet de constater la présence d'une masse molle, spongieuse, qui s'y engage en passant pour ainsi dire à la filière. A 9 heures, cette masse, dont on a favorisé la sortie par quelques tractions légères au moment des contractions, est entièrement expulsée, cette masse était une môle vésiculaire du volume de la tête d'un fœtus. Sa sortie est suivie d'un flot de sang, puis l'écoulement continue, pendant quatre ou cinq jours, peu abondant. Les suites ne présentent rien de particulier ; la femme est rétablie.

Dans cette observation nous remarquons : 1° que l'utérus n'était pas très développé ; 2° il était impossible par le palper de sentir un corps solide dans l'utérus ; 3° que l'adminis-

tration de seigle ergoté n'a pas empêché les hémorrhagies, qui ont continué immédiatement après l'expulsion de la môle.

OBSERVATION VI

Communiquée à M^{me} Lachapelle par une de ses anciennes élèves.

Femme perdant du sang en abondance par la vulve pendant deux jours. La malade est très affaiblie. L'orifice externe du col dilaté de 7 à 8 lignes, long et épais, orifice externe inaccessible. Le fond de l'utérus ne dépassant pas l'ombilic, quoique la malade se crût enceinte de 7 mois ; par le palper on ne sentait ni ballotement, ni la présence d'un fœtus dans l'utérus. L'hémorrhagie augmente, je tamponnai le vagin et fis prendre de l'eau sucrée aiguillée de quelques gouttes d'eau de Rabel. Le sang s'arrêta, la malade reprit des forces et commença à sentir des douleurs expultrices et en effet l'utérus se durcissait par intervalles. La malade, croyant avoir besoin d'aller à la selle, on la place sur un bassin et là, dans un effort, elle chasse du vagin le tampon suivi d'une masse de vésicules hydatiformes. La matrice avait diminué d'un quart environ ; peu après l'hémorrhagie commence avec une force nouvelle suivie d'une deuxième portion de môle vésiculaire ; troisième hémorrhagie un quart d'heure après la seconde, suivie d'une autre portion de môle vésiculaire. Après la dernière agglomération d'hydatides venait une masse spongieuse, semblable à un placenta putréfié. Le tout pesait quatre livres ; après, la matrice revient sur son centre, et je reconnus qu'elle n'était plus embarrassée d'aucun corps étranger, mais la malade était dans une très grande faiblesse, les suites des couches sont normales. Cette femme était âgée de 28 ans et enceinte pour la quatrième fois, elle a donné le jour à deux garçons et une fille.

Par la lecture de cette observation très bien prise, nous faisons remarquer : 1^o que le volume de l'utérus était moins développé qu'à une grossesse normale du même âge, si on veut croire la malade, mais nous savons très bien que les femmes se trompent très souvent au point de vue de l'âge de leur grossesse ; 2^o par le palper on ne

sentait ni ballotement, ni la présence d'un fœtus dans l'utérus ; 3° le tamponnement vaginal n'a arrêté l'hémorragie que pour un instant ; car peu après, il était expulsé et les hémorrhagies se sont répétées à plusieurs reprises.

OBSERVATION VII

Publiée par le D^r Budin dans le *Progrès Médical*, 1875.

Le 23 novembre 1874, la nommée Rosalie R., âgée de 38 ans, était envoyée dans le service de M. L. Labbé, à l'hôpital de la Pitié, pour des pertes abondantes.

L'interne de garde, appelé dans l'après-midi, ordonne de coucher cette femme en lui maintenant le siège élevé, d'appliquer des compresses glacées sur son ventre. L'hémorrhagie cessa. Le lendemain 24 novembre, la malade fournit les renseignements suivants : elle était habituellement bien portante ; elle avait été réglée à 12 ans et mariée à 16 ans. A 18 ans elle devient enceinte ; elle accouche à terme, fut nourrice, redevint de nouveau enceinte, etc., elle eut ainsi successivement 9 enfants, qu'elle éleva elle-même, sans que jamais ses règles vinssent paraître.

De 13 à 34 ans, elle ne fut jamais menstruée ; le 18 août 1872, elle accoucha de son dixième enfant, elle fut nourrice et ses règles ne reparurent qu'en janvier 1874. A la fin de mai 1874, ses règles cessèrent ; des nausées et des vomissements survinrent, des picotements du côté des seins, des pertes blanches ; elle était enceinte. A son grand étonnement, 3 mois plus tard, elle vit survenir un écoulement de sang peu abondant, mais continu ; à la fin du quatrième mois de sa grossesse, elle remarqua que son ventre augmentait rapidement de volume, si bien que, un mois plus tard, elle avait pu d'après le développement de son abdomen, se croire arrivée à terme. Les pertes continuèrent, et dans la nuit du 20 au 21 novembre, elles devinrent excessivement abondantes. Dans la journée du 22, l'écoulement de sang fut un peu moins considérable, mais l'hémorrhagie reparaissant avec une grande intensité et s'accompagnant de violentes coliques, la malade se rendit à l'hôpital ; une fois couchée, il lui sembla qu'elle expulsait des caillots, puis le sang cessa presque complètement de couler.

En examinant cette malade, on lui trouva les seins développés, autour de chaque mamelon était une auréole noire, les tubercules de Montgomery étaient saillants, et en pressant sur la glande on fit sortir du lait. Il y avait eu évidemment grossesse. En palpant l'abdomen, dont les parois étaient fort épaisses on sentit le globe utérin revenu sur lui-même et faisant saillie à 3 ou 4 travers de doigt au-dessus du pubis. En cherchant dans les linges qui avaient été mis sous la malade la veille, et retirés remplis de sang, on trouva un certain nombre de grappes, d'un blanc rosé, dont quelques-unes de couleur grisâtre avaient été évidemment formées quelques jours avant leur expulsion. Les grains qui, par leur réunion, constituaient les grappes, étaient de volume variable, quelques-uns semblables à des grains de mil, d'autres à des grains de raisins, d'autres enfin étaient presque aussi gros que des œufs de pigeon. C'était une môle hydatiforme, et sa présence dans la cavité utérine avait été jusqu'au moment de son expulsion la cause des hémorrhagies. On ne trouva que des portions de membranes et on ne put reconnaître aucune trace du fœtus. La malade était excessivement faible, elle avait des bourdonnements d'oreilles, des éblouissements, etc. On ordonne de continuer la situation horizontale, de faire boire une potion contenant 60 gr. de rhum, de donner des potages, etc.

25 novembre. Fièvre, soif vive, peau chaude, temp. axillaire 39° 2; quelques douleurs dans le ventre, mais elles n'occupent aucun point fixe. Ecoulement lochial fétide. On ordonne des injections vaginales avec une solution de chloral au centième. Soir T. axil. 39° — 0,75 centig. de sulfate de quinine. La malade vomit toute la nuit.

26 novembre. Peau bonne. T. axil. 36°,4; pouls, 84. Aucune douleur abdominale. Les lochies ne sont plus fétides, les seins contiennent une certaine quantité de lait.

Les jours suivants, l'état de la malade s'est amélioré d'une façon continue, et elle a quitté l'hôpital complètement guérie.

Dans cette observation remarquablement prise on voit que, en dehors de tous les signes d'une grossesse que la femme présentait, elle avait des pertes de sang, à partir du 3^e mois de sa grossesse, qui ont duré jusqu'au moment de l'expulsion du produit de la conception, c'est-à-dire vers le sixième mois. Pour le développement exagéré de l'utérus nous n'avons

qu'à rappeler ce que nous avons déjà dit, la grossesse étant au sixième mois, le fond de l'utérus normalement se trouve au-dessus de l'ombilic à 3 ou 4 travers de doigt. Supposez un peu d'hydramnios en même temps et voilà le développement exagéré du ventre.

OBSERVATION VIII

(Publiée par le Dr Ancelet dans les Annales de gynécologie, 1876).

M^{me} P. . . , de Nanteuil-la-Fosse (Aisne), âgée de 38 ans, est mère de trois enfants, tous nés à terme et sans que les grossesses aient présenté rien de particulier. D'ailleurs la santé générale de cette dame était bonne.

En février 1866, elle devient enceinte une quatrième fois. Six semaines après, c'est-à-dire vers la fin de mars, sans cause appréciable, elle fit une fausse couche, qui s'accompagna d'une hémorrhagie peu abondante, et la malade fut bientôt rétablie.

Éloigné alors de ma clientèle, je ne pus voir le produit de l'avortement, mais le mari, instituteur très intelligent, que j'interroge de façon à ne pas dicter ses réponses, m'expose avec une grande netteté que la pièce expulsée avait la forme et le volume d'un œuf de poule, à parois transparentes, laissant voir dans sa cavité un embryon encore mal formé long d'un pouce environ. Ainsi l'état de l'œuf concordait avec l'âge qui lui était assigné.

Les règles reparurent aux époques habituelles, plus abondantes qu'à l'ordinaire, avec une durée de deux ou trois jours au plus. Il y avait dans l'intervalle un écoulement muqueux accompagné de douleurs lombaires et d'un état de malaise général. Je fus consulté en septembre.

J'appris alors les particularités qui précèdent. Le toucher vaginal fut ajourné par la malade à une prochaine séance, mais je constatai que l'utérus était médiocrement développé et s'élevait à peu près de quatre travers de doigt au-dessus de la symphise du pubis. Sa forme, sa consistance ne présentaient rien d'anormal. Quinze jours auparavant cette dame était allée consulter le Dr Marcotte, de Soissons, qui avait constaté un abaissement de l'utérus, ainsi qu'elle me le dit plus tard, mais ce distingué confrère n'en a conservé

aucun souvenir et ne peut me fournir aucun renseignement sur ce point.

Les règles, suspendues en septembre, reviennent en octobre à l'époque où on les attendait.

Dans la nuit du 14 au 15 novembre je fus mandé, le commissionnaire m'annonçant que M^{me} P... avait une perte et qu'après un quart d'heure de douleurs expulsives, elle avait rendu quelque chose d'analogue à des œufs de grenouille.

À mon arrivée, on me présente, en effet, la pièce qui va être décrite. Pendant la soirée la malade avait été prise de malaise général et de coliques vagues qui ne l'avaient point inquiétée. L'utérus atteignait à peine l'ombilic ; depuis mon examen fait en septembre, il s'était accru avec la même lenteur que dans les grossesses précédentes et elle se croyait encore loin du terme présumé de l'accouchement, en tenant compte surtout de l'avortement qui avait précédé. Vers minuit ces douleurs avaient augmenté d'intensité, étaient devenues expultrices, une hémorrhagie assez abondante avait eu lieu, puis l'expulsion de la môle. À trois heures, l'hémorrhagie ne présente plus aucun caractère alarmant. Il y avait un peu d'abaissement, le col, dilaté comme une pièce de dix centimes, contenait des caillots, l'utérus était notablement revenu sur lui-même, mais encore très proéminent dans la cavité abdominale.

La malade perdit encore pendant quelques jours une certaine quantité de sang liquide ou en caillots, mais ne rendit rien qui ressemblât à des débris de placenta ou de membranes caduques. Elle eut un peu de fièvre, les seins se gonflèrent et donnèrent un peu de sérosité mais rien de plus, et elle put bientôt reprendre ses occupations. Sa santé s'est complètement rétablie et n'a rien présenté depuis cette époque.

Chose singulière! dix-sept ans auparavant, la sœur de cette dame, qui habite les environs de St-Quentin, avait rendu une môle que l'on m'a dit en tout semblable à celle-ci... L'auteur fait suivre cette observation de la description de la môle.

Il y a trois points à signaler dans cette observation : 1° la grossesse molaire a été précédée d'un avortement; 2° le développement de l'utérus était en rapport avec l'âge de la grossesse, 3° les hémorrhagies ont continué après l'expulsion de la môle vésiculaire.

OBSERVATION IX

Par M. le D^r Pennel (ancien interne des hôpitaux). Publiée dans la Rev. générale de clin., 28 mars 1889.

M^{me} B. . , âgée de 28 ans, et mariée depuis 7 ans, fait une fausse couche de 3 mois $1/2$, il y a 6 ans $1/2$, et deux ans plus tard accouche d'un enfant à terme, qui est devenu un vigoureux garçon. M^{me} B. . . , qui est d'une robuste constitution et jouit d'une excellente santé, n'a jamais eu d'affection utérine : généralement bien réglée, elle constate à la fin de mai 1888 un écoulement menstruel moins abondant. Les règles ne paraissent pas dans le mois de juin, et fin juillet se montre une très légère perte de sang liquide. Vers la fin de juin et le commencement de juillet, apparaissent quelques-uns des signes habituels de la grossesse : M^{me} B. . . se croit enceinte de la fin de mai ou du commencement de juin.

Pendant le mois d'août et les premiers jours de septembre, se produit presque chaque jour un léger écoulement de sang rouge, qui jamais ne part en jet et n'est accompagné de douleurs de ventre.

Madame B. . . demeure forte, mais sans augmentation appréciable du volume du ventre. Elle me fait demander le 16 septembre 1888, car elle désire savoir si la grossesse existe positivement, et d'autre part, la persistance de l'écoulement du sang lui fait craindre un avortement. Par la palpation abdominale je trouve l'utérus dépassant la symphyse de deux travers de doigt environ, remarquablement dur, avec un développement anormal dans la partie droite, à ce niveau je constatai une véritable bosselure de l'utérus, et la pression déterminait quelques douleurs. Le toucher vaginal montrait un col mou, déchiré par l'accouchement antérieur, l'utérus est mobile et douloureux dans le cul-de-sac latéral droit, au point même où le doigt retrouve la bosselure signalée plus haut.

Je ramène mon doigt taché de sang rouge ne dégageant aucune odeur. J'ajoute que les seins étaient assez durs, et qu'on isolait des masses glandulaires sensibles à la pression : en présence de ces signes, je pensais à un ou plusieurs corps fibreux utérins ; j'éloignai le diagnostic de la grossesse et je conseille à Madame B. . . de prendre chaque jour des pilules d'ergotine de manière à former

un total de 0 gr. 60 dans les 24 heures Je comptais sur l'ergotine pour combatte la perte quotidienne de sang et pour amener la réduction du volume de la tumeur utérine.

Je revois M^{me} B. . . , le 30 septembre, le sang paraît encore mais en moindre quantité, et perd tous les jours.

L'utérus me paraît avoir diminué de volume : en tout cas, il n'a pas augmenté. La sensation de fermeté, de dureté de cet utérus, de même que la bosselure manifeste du côté droit me confirme dans mon diagnostic de tumeur fibreuse, et je fais continuer l'extrait d'ergot à la dose de 0,60 cent. par jour. Pendant le mois d'octobre 1888, je vois deux fois M^{me} B. . . , le volume de l'utérus reste le même, avec un léger écoulement de sang de temps à autre. Mais les seins s'amollissent, demeurent moins volumineux; en même temps les vêtements sont plus lâches, preuve évidente qu'il y a un certain degré d'amaigrissement général.

Le 1^{er} novembre, au soir, après une journée passée sans incident, M^{me} B. . . , ressent dans le ventre de violentes coliques et perd par le vagin une certaine quantité de sang clair sans caillots. Dans la nuit du 1^{er} au 2 novembre, les coliques sont plus intenses, et M^{me} B. . . . perd des caillots en grande quantité avec plusieurs grains de raisin, dit-elle très étonnée; les caillots et ces grains ont été jetés aussitôt et ne m'ont pas été soumis. Enfin, à midi, elle rend, après les douleurs qu'elle compare aux douleurs de l'accouchement, une masse du volume du poing environ, masse informe rougeâtre, que suit une quantité notable de sang clair. Une fois cette masse expulsée, les coliques diminuent beaucoup, de même que l'écoulement de sang.

Quand je vis la malade le 2 novembre, vers 3 h., je me fis présenter la masse rendue, et je trouvais une môle hydatiforme non embryonnée. Je ne pus sur le moment, ni plus tard, en l'examinant minutieusement, trouver trace d'amnios, ni de fœtus.

Peut-être la môle que j'avais sous les yeux était-elle complète, constituant la variété dite « môle vésiculaire pleine. » Peut-être enfin, la partie contenant la poche amniotique et l'embryon avait-elle été expulsée, mélangée aux caillots, et n'avait pas été conservée pour être examinée. Quoi qu'il en soit, la môle rendue par M^{me} B. . . et qui répondait à une grossesse de quatre mois environ, semblait formée par la dégénérescence kystique totale du chorion, puisque c'était un amas informe de vésicules de tout volume, depuis un grain de chénevis jusqu'au grain de raisin, et que ces vésicules

n'étaient pas nettement rattachées à la caduque. En outre, nous l'avons dit, il n'y avait pas trace de poche amniotique.

Les suites de cet incident furent des plus bénignes. M^{me} B... garda le lit une huitaine de jours, perdant encore quelques vésicules hydatiformes le 3 novembre, et un peu de sang les jours suivants ; les seins devinrent complètement mous, sans aucune apparence de montée de lait, les douleurs à la palpation du ventre à droite disparurent. Au 15 novembre M^{me} B., reprenait ses occupations, et l'utérus semblait absolument normal.

Mêmes remarques pour cette observation ; volume non exagéré de l'utérus, de plus, peut-être, l'utérus était le siège des fibromes qui ont disparu après l'expulsion et par l'ergotine que la femme prenait. Nous nous empressons de signaler aussi que l'emploi journalier de l'ergotine n'a pas empêché les hémorrhagies de se produire tous les jours ; par conséquent son inefficacité.

OBSERVATION X

Publiée par M. Buscarlet, interne à l'hôpital Necker. — Archives de
Tocologie (Novembre 1890).

Le lundi 25 août 1890, entre à l'hôpital Necker une malade âgée de 23 ans, envoyée par un médecin avec le diagnostic d'ascite albuminurique. A deux heures et demie l'après-midi, nous sommes appelés pour cette femme qui avait été prise d'une métrorrhagie formidable ; son lit était couvert de caillots de sang, elle était pâle, décolorée et lipothymique.

En la découvrant nous sommes frappés par le volume de son ventre qui est arrondi, saillant et non étalé comme dans l'ascite. Les membres inférieurs et grandes lèvres, la paroi abdominale sont fortement infiltrés. Nous pratiquons le toucher immédiatement, et nous trouvons un col ramolli, ayant gardé sa longueur, l'orifice externe ainsi que l'interne perméable et permettant de sentir dans la cavité utérine une masse de consistance ferme, analogue à celle du placenta. Le doigt ne ramène aucun débris, pas de caillots, et à la suite d'une injection très chaude, l'hémorrhagie s'arrête.

En palpant l'abdomen nous trouvons qu'il est distendu par la présence d'une tumeur qui n'est autre que l'utérus augmenté de volume, dépassant l'ombilic de 2 à 3 travers de doigt. Cet organe est tendu, assez ferme, on ne distingue au palper aucune sensation qui rappelle celle d'un fœtus. Le toucher combiné au palper ne donne pas d'autres renseignements. Pas de bruits de cœur fœtal à l'auscultation. L'hémorrhagie s'étant arrêtée, sans avoir eu recours au tamponnement que nous nous proposons de faire, nous interrogeons la malade. Elle nous dit que son ventre n'a grossi que depuis 15 jours, rapidement, ses règles n'ont jamais cessé; au contraire, depuis un mois elle a eu des métrorrhagies répétées, de plus en plus abondantes, surtout depuis 8 jours. Un médecin appelé a constaté la présence d'albumine dans ses urines, a attribué le volume de son ventre à de l'ascite, l'a mise au régime lacté et lui a donné de l'ergotine.

Jamais elle n'a senti remuer, ses règles n'ont cessé, elle n'a pas vomi. Cependant les seins sont augmentés de volume, les tubercules de Montgomery saillants, pigmentés, et à la pression il s'écoule du colostrum. Flots d'albumine dans les urines; dans ses antécédents nous trouvons deux grossesses antérieures datant de 3 ans $1/2$ et 18 mois. Dans la soirée, sans qu'il y ait eu de nouvelle hémorrhagie, la malade perd connaissance, se refroidit de plus en plus, et, malgré les piqûres d'éther répétées, meurt. Le toucher pratiqué immédiatement avant la mort permettait de constater que l'orifice interne du col n'était plus perméable.

Autopsie le 27 août, 36 heures après la mort.

A l'ouverture de la cavité abdominale, on tombe immédiatement sur un utérus qui a acquis le développement du 7^{me} mois de la grossesse environ.

En incisant cet utérus, on trouve d'abord une couche de caillots brunâtres, consistants et anciens, puis une masse de petites vésicules transparentes, la plupart grosses comme un pois, quelques-unes seulement comme de petites cerises. Elles remplissent toute la cavité utérine, mêlées à quelques caillots anciens, et forment une masse pesant 1.600 grammes. Pas trace de placenta normal, pas de fœtus, pas de cavité amniotique.

La surface interne de l'utérus est tapissée par une caduque dégénérée, fortement épaissie en certains points.

L'utérus et les annexes pèsent 1.680 gr.; les deux ovaires ont chacun le volume d'une grosse orange et sont atteints de dégénérescence kystique multiloculaire, leur pédicule est

très long, 45 centimètres environ. Les reins, volumineux, blanchâtres, mous, sont fortement altérés. Le cœur pèse 275 gr., pas de lésions. Poumons sains. La veine cave inférieure est saine. Pas d'ascite, pas de sang dans le péritoine.

Réflexions de l'auteur. — Il est évident que, dans ce cas, la mort est survenue aussi bien à la suite des lésions rénales que des hémorrhagies répétées et que, d'autre part, si le diagnostic avait été fait plus tôt, il y aurait eu plus d'intérêt pour la malade à provoquer l'expulsion du contenu de son utérus, qu'à lui faire des piqûres d'ergotine.

Cette observation nous paraît extrêmement intéressante ; car plus bas au chapitre de diagnostic nous tâcherons de démontrer que, si toutes les femmes étaient examinées de la même façon que M. le Dr Buscarlet examinait sa malade, très souvent on pourrait faire le diagnostic, et par conséquent intervenir autrement, comme d'ailleurs le dit très bien l'auteur de cette observation. Cette observation nous fait voir d'autre part que tandis que les hémorrhagies ont continué après les injections d'ergotine que le médecin lui faisait, au contraire l'hémorrhagie qu'elle avait en entrant à l'hôpital fut immédiatement arrêtée à la suite d'une injection vaginale chaude. Pour le développement de l'utérus nous ne pouvons rien dire ; car la femme ayant ses règles toujours, ou plutôt ayant des pertes sanguines qu'elle prenait pour ses règles ordinaires, elle ne savait pas depuis quand elle est devenue enceinte.

Au point de vue de la mort de cette femme, nous ne pouvons dire autre chose que ce qu'a dit l'auteur de cette observation, c'est-à-dire qu'elle est attribuable aussi bien aux hémorrhagies répétées qu'aux lésions rénales.

OBSERVATION XI

Publiée par M. Schuhl, chef de clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Nancy. (Archives de Tocologie, 1891).

M^{me} G. . . , âgée de 31 ans, réglée pour la première fois à 10 ans, fut ensuite menstruée tous les vingt jours jusqu'à l'âge de seize ans. Depuis cette époque, les règles apparurent deux fois par mois et durèrent chaque fois pendant huit jours ; première grossesse en 1883, terminée à la fin du septième mois par la naissance d'un garçon qui vit encore ; deuxième grossesse en 1887, qui est la grossesse actuelle. Ses dernières règles se terminèrent le 23 février 1887. Au milieu du troisième mois de la gestation, hémorrhagie utérine peu abondante qui se reproduisit presque chaque jour. A la fin du 3^e mois, hémoptysie. A 3 mois $1/2$, se manifesta de l'œdème de la face, des membres inférieurs, de l'abdomen, qui persista pendant toute la grossesse. La femme se plaignit de céphalalgie, de troubles de la vue, d'épistaxis fréquentes. L'urine contenait une forte quantité d'albumine.

La malade entra à la Maternité dans le service de M. le professeur Herrgott, le 17 juin, c'est-à-dire vers la fin du quatrième mois de la grossesse. Le fond de l'utérus se trouvait à ce moment à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic, que le volume de la matrice était par conséquent plus grand qu'il ne l'est en général à la fin du quatrième mois de la grossesse. On entendait distinctement le souffle utérin ; par le toucher vaginal, on ne constatait rien d'anormal. On prescrivit le repos au lit et le régime lacté.

Le 19 juin, la quantité des urines est de 1,800 cent. c. dans les 24 heures avec 3 grammes d'albumine par litre.

Du 20 juin au 7 juillet, la quantité des urines n'est plus que de 1.000 à 700 cent. c. par jour. La quantité d'albumine par litre oscille entre 4 et 5 gr. La femme sort de la Maternité le 7 juillet, non guérie de son albuminurie : l'œdème avait cependant beaucoup diminué. Le 13 juillet, dans la matinée, elle commença à sentir des douleurs abdominales et lombaires, qui n'ont fait qu'augmenter d'intensité dans la journée. A deux heures du soir, se produisit une hémorrhagie assez abondante avec expulsion de plusieurs vésicules hydatiformes. A 5 heures du soir, nouvelle hémorrhagie abondante qui décida l'entourage de la malade à me faire chercher. Je constate, à mon arrivée, un état

d'anémie assez profonde. On me montre plusieurs vésicules que la femme a expulsées et qui ne laissent aucun doute sur l'existence d'une grossesse molaire. Le col présente un certain degré de dilatation ; son orifice a un diamètre un peu supérieur à celui d'une pièce de deux francs. On sent des caillots engagés dans le col. Comme l'hémorrhagie persiste, je pratique le tamponnement vaginal avec du coton antiseptique. Un quart d'heure après, la parturiente expulse le tampon et une portion de la môle du volume de la tête de fœtus à terme environ. Pas d'hémorrhagie. Une masse spongieuse reste encore perceptible dans le col. L'utérus est petit ; son fond se trouve à deux travers de doigt au-dessus du pubis. On fait une injection vaginale chaude.

Quelques instants après, la femme expulse une nouvelle masse hydatiforme, du volume d'un œuf de poule, sans hémorrhagie. Ces dernières portions expulsées sont constituées par le centre de l'œuf. En effet, on y voit la membrane amniotique, ne contenant ni liquide amniotique ni embryon. L'amnios constitue un sac vide dont les parois peuvent être facilement isolées. La longueur de ce sac est de six centimètres environ et sa largeur est de deux centimètres.

La caduque a été expulsée presque entièrement en même temps que le tampon ; elle est épaisse, rougeâtre.

Les suites de couches sont normales, l'œdème a disparu ; les urines, examinées le 15 août, ne contiennent plus aucune trace d'albumine ; pas de fièvre ; les lochies n'ont pas été fétides. Elle a perdu presque continuellement pendant les suites des couches un peu de sang par le vagin, malgré l'emploi d'injections vaginales chaudes. Au début du mois de septembre, métrorrhagie assez considérable, accompagnée des vésicules de la môle. Le 31 octobre, l'examen permet de reconnaître que l'utérus a un volume normal, qu'il n'existe pas de déviation utérine. Le col ne présente pas d'ulcération. Des hémorrhagies utérines peu considérables persistent.

L'auteur fait les réflexions suivantes. Le diagnostic de la môle n'a été fait que pendant l'accouchement, alors que la parturiente eut expulsé quelques vésicules. On avait bien remarqué pendant la grossesse, deux symptômes qui auraient pu dès ce moment mettre sur la voie du diagnostic : les hémorrhagies utérines et le développement exagéré de l'utérus. Mais ces deux symptômes s'expliquaient très bien sans admettre l'existence d'une grossesse molaire. On attribuait les hémorrhagies utérines à l'albuminurie qui était

également la cause des épistaxis et des hémoptysies. Les hémorrhagies au niveau du placenta sont en effet très fréquentes dans l'albuminurie gravidique. Restait le second symptôme, le développement exagéré de l'utérus. Le fond de l'utérus était à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic vers la fin du quatrième mois de la grossesse ; exagération peu considérable et pouvant s'expliquer par une erreur commise sur l'époque du début de la gestation ou par une exagération de la quantité du liquide amniotique ; puis l'auteur de cette observation se demande s'il existe un rapport de causalité entre l'albuminurie et la grossesse molaire, c'est ce que croit l'auteur de l'observation.

Cette observation nous paraît aussi intéressante que la précédente, et d'abord l'observateur nous dit qu'on pouvait faire le diagnostic, car on avait bien remarqué pendant la grossesse deux symptômes qui auraient pu, dès ce moment, mettre sur la voie du diagnostic : les hémorrhagies utérines et le développement exagéré de l'utérus. Les hémorrhagies, comme d'ailleurs le dit M. Schuhl, pouvaient être attribuées à l'albuminurie qui les produit très souvent ; il nous reste le développement exagéré de l'utérus : mais, voyons, existait-il en réalité ? pas le moins du monde ! La femme était à son quatrième mois de gestation et le fond de l'utérus remontait à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic, c'est-à-dire il était là où il devait être ; donc ni les hémorrhagies, ni le volume de l'utérus n'ont pas permis de poser le diagnostic, parce que tous les deux étaient attribuables à d'autres causes.

Nous remarquons aussi que M. Schuhl passe sous silence les impressions senties par le palper abdominal et combiné avec le toucher vaginal, car il est évident que s'il trouvait un fœtus dans l'utérus, il ne pourrait pas penser à une grossesse molaire, même avec les deux symptômes qu'il considère comme caractérisant la môle ; tandis que si on ne trouvait rien, comme M. Buscarlet dans l'observation précédente, où après avoir localisé la tumeur dans le corps de

l'utérus et après avoir cherché par le palper abdominal et le toucher vaginal le ballotement fœtal, il est arrivé à poser le diagnostic.

Il faut aussi remarquer que le tampon était expulsé un quart d'heure après son application, de plus les hémorrhagies ont continué très longtemps après, enfin la femme a guéri.

OBSERVATION XII

Publiée par M. le Dr Fourrier fils dans la Revue générale de clinique et thérapeutique, 1890.

Au commencement d'octobre dernier, j'étais appelé en toute hâte pour une femme enceinte, M^{me} D..., atteinte depuis plusieurs mois de métrorrhagies abondantes. Je me trouvais en effet en présence d'une femme absolument exsangue : la décoloration de la peau et des muqueuses, la petitesse et la rapidité du pouls, les lipothymies fréquentes, tout indiquait l'importance de la déperdition sanguine qu'elle avait subie.

M^{me} D..., âgée de 21 ans, primipare, enceinte de 7 mois environ, d'une santé excellente et d'une menstruation très régulière. Les dernières règles datent de la fin de février. L'hémorrhagie quatre ou cinq semaines après le début présumé de la grossesse, elles disparurent au bout d'une quinzaine de jours sans traitement ; mais bientôt elles reparurent pour ne plus cesser complètement. Pertes non douloureuses, très fortes par instants, ou à peine marquées dans d'autres. La malade a toujours continué à travailler, elle ne s'est alitée que depuis deux jours. Depuis la veille au soir, douleurs intermittentes abdominales et lombaires.

Le toucher me fit reconnaître facilement un placenta inséré sur le segment inférieur de la matrice, son centre répondant à peu près à l'orifice interne du col qui était entreouvert et commençait à s'effacer. On ne sentait pas de parties fœtales ; du reste je ne prolongeais pas beaucoup l'examen de peur d'augmenter l'hémorrhagie. Bassin normal.

Au palper, l'utérus gravide, régulièrement développé, ne donnait partout qu'une sensation de dureté élastique égale sur tous les points. L'auscultation ne faisait rien entendre.

Le manque de perception des parties fœtales au palper

me surprit bien, mais fort des signes donnés par le toucher je portai le diagnostic d'insertion vicieuse du placenta avec mort et commencement de macération du fœtus.

Deux excellentes sages-femmes qui virent la malade avec moi, portèrent le même diagnostic que moi, il était neuf heures du matin.

Pour activer le travail, le tamponnement fut pratiqué, mais mal supporté, il ne le fut qu'insuffisamment. A une heure de l'après-midi, le tampon fut retiré et une injection très chaude donnée. Le col était effacé et la dilatation mesurait un peu plus de cinq frans. L'hémorrhagie continuait et la faiblesse était extrême. Deux injections d'éther furent faites à une demi-heure d'intervalle. A trois heures la dilatation était presque complète : le poulx devenait filant et incomptable, la femme était dans un état de demi évanouissement constant, la situation ne pouvait se prolonger. La femme étant placée en position obstétricale, j'introduisis doucement la main dans le vagin, puis rapidement je décollai le placenta et entrai dans l'utérus.

A ma grande surprise, je tombai dans une masse spongieuse au milieu de laquelle il me fut impossible de découvrir la moindre partie fœtale. Après une exploration prudente, je retirai la main en ramenant le placenta, des débris de membranes, un vestige de cordon ombilical, et une poignée de vésicules transparentes et blanchâtres, arrondies ou pyriformes, de la grosseur d'une petite groseille. Nous étions en présence d'une môle hydatiforme.

A la suite de mon intervention, l'hémorrhagie s'arrêta, mais la femme tomba dans un état syncopal inquiétant, qu'une nouvelle piqûre d'éther dissipa heureusement et deux heures après elle expulsait sans encombre, en plusieurs fois, une masse informe constituée par une agglomération de vésicules analogues à celles que j'avais ramenées dans ma tentative de version ; il y avait de quoi en remplir un grand saladier. Autour de cette masse, on voyait des débris de membranes et par places de petits amas rougeâtres et charnus ; au milieu pas de traces de poche ni d'embryon. Il ne s'était pas écoulé une goutte de liquide amniotique.

M^{me} D... ne présenta pas d'accidents septiques et elle se rétablit très bien après une convalescence assez longue.

Cette observation nous paraît intéressante à plusieurs points de vue.

1° La coïncidence de l'insertion vicieuse du placenta avec une môle vésiculaire, la seule que nous avons rencontrée parmi les observations que nous avons lues ; 2° l'inefficacité du tamponnement qui, mal supporté et retiré après quelques heures, l'hémorrhagie a continué en aggravant l'état de la femme ; 3° si M. Fourrière n'a pas fait le diagnostic de môle hydatiforme, tout en constatant l'absence du fœtus dans la cavité utérine, c'est parce qu'il ne trouvait pas les symptômes que les auteurs donnent jusqu'à présent comme signe de la grossesse molaire, c'est-à-dire l'expulsion de vésicules et le volume de l'utérus non en rapport avec l'âge de la grossesse, symptômes que nous espérons démontrer plus bas, n'existant presque toujours.

Sur le tableau que nous publions nous avons réuni 45 cas de dégénérescence kystique des villosités choriales ; observations qui nous ont paru les mieux prises et les plus complètes.

Comme on voit dans le tableau, 13 femmes ont eu un âge au-dessous de 25 ans ; 26 de ces femmes étaient âgées au-dessus de 25 ans et dans 6 observations les auteurs n'ont pas indiqué l'âge de la malade. Nous trouvons aussi 12 primipares, 28 multipares et dans 5 observations les auteurs passent sous silence la parité de la malade. On peut voir aussi qu'il n'y a aucune règle pour les hémorrhagies qui ont survenu dans tous les cas ; quatre fois les femmes ne savaient pas le début de l'hémorrhagie ; car ayant des pertes sanguines elles les prenaient pour leurs menstrues ; 28 fois les hémorrhagies ont débuté entre 28 jours et 3 mois ; 7 fois entre 3 mois et 6 mois ; et 6 fois entre 6 mois et 12 mois et demi. On remarque aussi que dans six cas l'hémorrhagie n'a survenu pour la

TABEAU SYNOPTIQUE DES 45 OBSERVATIONS
DE LA DÉGÉNÉRESCENCE KYSTIQUE DES VILLOSITÉS CHORIALES

NOMS des OBSERVATEURS	Age de la Femme	Parité de la Femme	Début de l'Hémorrhagie	Age de la grossesse au moment de l'expulsion	Développement de l'utérus non exagéré ou en rapport à l'âge de la grossesse	Développement exagéré de l'utérus	Expulsion de la mole en masse	Expulsion de la mole en plusieurs fois	Premiers vésicules sorties au moment de l'expulsion	Premiers vésicules sorties avant l'expulsion	Hémorrhagie pendant l'expulsion	Femmes guéries	Femmes mortes
Percy 1 ^{re}	?	IV	3 m.	7m1/2	1	...	...	1	1	...	1	1	...
» 2 ^e	26	I	7 m.?	9 m.?	1	...	...	1	1	...	1	1	...
» 3 ^e	46	I	6 m.	9 m.?	?	?	...	1	1	...	1	1	...
M ^{me} Boivin 1 ^{re}	23	VI	45 j.	4 m.	...	1	...	1	1	...	1	1	...
» 2 ^e	23	IV	3 m.1/2	8 m.	1	...	...	1	1	...	1	1	...
Pajot.....	27	II	7 m.	8m1/2	1	...	1	...	1	...	1	1	...
Depaul.....	21	II	2 m.	4 m.	...	1	...	1	1	...	1	1	...
M ^{me} Lachapelle.....	28	IV	7 m.	7 m.	1	...	...	1	1	...	1	1	...
Butaresco 1 ^{re}	21	III	3 m?	3m1/2?	...	1	...	1	1	...	1	1	...
» 2 ^e	22	II	45 j.	3m1/2?	...	1	...	1	1	...	1	1	...
Ancelet 1 ^{re}	38	V	45 j.?	5m1/2	1	...	...	1	1	...	1	1	...
» 2 ^e	?	V	2 m.	3 m.	1	...	1	...	1	...	1	1	...
» 3 ^e	44	I	1 m.	1 m.	1	...	...	1	1	...	1	1	...
Budin.....	38	XI	3 m.	6m1/2	...	1	1	...	1	...	1	1	...
Schreck.....	26	IV	1m1/2	3m1/2	1	...	...	1	1	...	1	1	...
Verrier 1 ^{re}	21	I	4 m.	5 m.	1	...	...	1	1	...	1	1	...
» 2 ^e	?	?	4 m.	5 m.	1	...	1	...	1	...	1	1	...
Tartarin 1 ^{re}	25	I	8 m.	8 m.	1	...	...	1	1	...	1	1	...
» 2 ^e	46	VII	2 m.	4 m.	...	1	...	1	1	...	1	1	...
Tueffeld.....	36	VII	?	?	...	1	1	...	1	...	1	1	...
Döring.....	21	II	1m1/2	2 m.	...	1	...	1	1	...	1	1	...
De la Harpe...?	?	?	3 m.	4m1/2	1	...	...	1	1	...	1	1	...
Roeser.....	27	IV	3 m.	5 m.	1	...	...	1	1	...	1	1	...
Dulac.....	37	I	2 m.	5 m.	1	...	...	1	1	...	1	1	...
Fontanet.....?	?	V	23 j.	7 s.	...	1	...	1	1	...	1	1	...
Shattuch.....	37	I	?	?	?	?	...	1	1	...	1	1	...
Schuhl.....	31	II	2m1/2	4m1/2	1	...	...	1	1	...	1	1	...
Pennel.....	28	III	1m1/2	4m1/2	1	...	...	1	1	...	1	1	...
Levers 1 ^{re}	37	IV	2m1/2	5 m.	1	...	1	...	1	...	1	1	...
» 2 ^e	22	III	2m1/2	5 m.	1	...	...	1	1	...	1	1	...
» 3 ^e	?	I	2m1/2	3m1/2	...	1	...	1	1	...	1	1	...
Buscarlet.....	23	III	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	1
Cuaig.....	22	I	4 m.	4	?	?	?	1	1	...	1	1	...
Riech 1 ^{re}	31	III	1 m.	5 m.	1	...	1	...	1	...	1	1	1 a 3 m
» 2 ^e	33	II	2m1/2?	2m1/2?	?	?	?	1	1	...	1	1	...
Metzges 1 ^{re}	45	XII	3m1/2	4m1/2	1	...	...	1	1	...	1	1	...
» 2 ^e	41	?	?	4m1/2?	1	...	...	1	1	...	1	1	...
Mundell 1 ^{re}	19	I	2 m.	3 m.	...	1	1	...	1	...	1	1	...
Clément.....	29	I	1m1/2	4 m.	...	1	1	...	1	...	1	1	...
Hackmey.....	41	VII	3 m.	3 m.	1	...	1	...	1	...	1	1	...
Smith.....	20	?	3m1/2	3m1/2	...	1	...	1	1	...	1	1	...
Olivers.....	35	VI	3m1/2	5m1/2	1	...	1	...	1	...	1	1	...
Vernois.....	38	?	12m1/2	121/2	1	...	?	?	1	...	1	1	...
Malicheq.....	24	II	?	4m1/2	1	...	1	...	1	...	1	1	...
Fourrier fils..	21	I	5 s.	7 m.	1	...	...	1	1	...	1	1	...

première fois qu'au moment de l'expulsion de la môle, ainsi la grossesse molaire dans un cas a pu aller jusqu'à 7 mois, dans un autre jusqu'à 8 mois et dans un troisième jusqu'à 12 mois et demi, sans que la femme ait eu la moindre perte sanguine. Nous voyons, de plus, que l'expulsion a eu lieu dans 12 cas entre le 1^{er} et le 4^e mois de la grossesse, dans 21 cas entre le 4^e et le 7^e mois ; dans 9 cas entre le 7^e et le 12^e mois de la gestation, et dans trois cas nous ignorons l'âge de la grossesse au moment de l'expulsion.

Dans ce même tableau, nous trouvons que dans 27 cas le volume de l'utérus était, soit en rapport avec l'âge de la grossesse, soit un peu moins développé qu'il n'est dans une grossesse normale ; tandis que dans 13 cas, l'utérus était plus développé qu'il ne fallait l'être si c'était une grossesse normale ; dans 5 cas nous ne pouvons voir si le volume de l'utérus est en rapport avec l'âge de la grossesse. On voit, de plus, que dans 11 cas seulement l'expulsion a eu lieu en masse, tandis que dans les autres cas, l'expulsion a eu lieu en plusieurs fois, ou la môle a été retirée de l'utérus par les médecins. Dans toutes les observations que nous avons lues, la sortie des vésicules ne se fait pas qu'au moment de l'expulsion définitive de la môle, aussi cette expulsion est toujours accompagnée d'hémorrhagie plus ou moins abondante. Toutes les femmes ont guéri, excepté trois qui sont mortes, mais la mort n'est pas attribuable à la maladie elle-même.

ÉTIOLOGIE

En parcourant les divers auteurs qui ont observé des cas de la dégénérescence kystique des villosités choriales, on voit que chaque observateur rattache la môle à la maladie ou à l'accident qui précédait la gestation dégénérée, ou qui survenait pendant la dite grossesse ; ainsi, on a incriminé le traumatisme, une fausse couche qui a précédé la grossesse molaire, une métrite, le défaut des règles, l'albuminurie, les grandes émotions, l'hérédité ; enfin tout accident banal ou maladie générale ou diathésique qui survenait pendant la grossesse dégénérée.

Nous croyons, de plus, que les auteurs qui ont vu dans la multiparité, et à l'âge un peu avancé, une prédisposition à la grossesse molaire, se trompent en regardant leurs statistiques qui portent plus de multipares que de primipares ; que ces femmes ont le plus souvent un âge supérieur à 25 ans ; car il ne faut pas oublier que le nombre des multipares est beaucoup plus considérable que celui des primipares qui accouchent ; rien donc d'extraordinaire à ce que l'on trouve plus souvent la grossesse molaire chez les multipares que chez les primipares. Nous pouvons faire la même objection au point de vue de l'âge, c'est-à-dire que les femmes qui accouchent à un âge supérieur à 25 ans sont beaucoup plus nombreuses que les femmes qui accouchent à un âge inférieur.

Il ne faut pas oublier, d'ailleurs, que la môle n'est en réalité qu'une tumeur ; un myxome ; et que sa cause est, comme celle de toutes les tumeurs, inconnue ; il est donc inutile, pour cacher notre ignorance, de vouloir donner comme cause de la grossesse molaire, tout accident banal, ou une maladie qui a précédé ou est survenue pendant la grossesse dégénérée.

Symptômes. — Nous allons examiner les trois symptômes que beaucoup d'auteurs nous donnent comme signes qui nous permettent de faire le diagnostic de la grossesse dégénérée. 1° Les hémorrhagies, survenant surtout au cours des six premiers mois de la grossesse ; 2° Développement exagéré de l'utérus, non à rapport avec l'âge de la grossesse ; et 3° La sortie de certaines vésicules de la môle au cours de la grossesse.

Il est incontestable que l'hémorrhagie survient dans tous les cas de dégénérescence kystique des villosités chorales ; mais ces hémorrhagies ne sont pas cantonnées seulement aux six premiers mois de la gestation ; de plus, voilà trois grossesses molaires qui sont arrivées l'une au 7^{me} mois (obs. de M^{me} Lachapelle), l'autre au 8^{me} mois (1^{re} obs. Tartarin) et la troisième à 12 mois 1/2 (obs. Vernoir), sans que les femmes subirent aucune perte sanguine jusqu'au moment de l'expulsion. Vouloir donc faire l'écoulement sanguin un symptôme de grande valeur de la grossesse molaire il faut que ces hémorrhagies aient quelque chose de particulier des autres hémorrhagies qui surviennent pendant le cours de la gestation ; il est vrai que notre Président, dans son Traité du palper abdominal, signale l'alternative de pertes sanguines, avec la perte d'un liquide plus ou moins sanguinolent ; cela se rencontre quelquefois ; mais il n'est

pas constant dans tous les cas, d'ailleurs il y a beaucoup de femmes qui ont des pertes sanguines, en saignolentes sans dégénérescence kystique des villosités choriales, aussi M. Pinard, si nous ne nous trompons pas, en fait un signe de présomption, mais non pas un signe de certitude de la grossesse molaire. Aussi, ces hémorrhagies sont plus abondantes, elles arrivent sans aucun accident même la nuit. Mais tous ces caractères des hémorrhagies de la môle se trouvent dans les autres hémorrhagies qui sont beaucoup plus fréquentes et se rencontrent beaucoup plus souvent que la dégénérescence kystique des villosités choriales. Surtout aujourd'hui que nous savons très bien que les hémorrhagies pendant les six premiers mois de la gestation, loin d'être très rares et exceptionnelles dans l'insertion du placenta sur le segment inférieur, sont assez fréquentes, d'autant plus que ces insertions vicieuses sont très fréquentes, comme le démontrent les statistiques de M. le P^r Pinard.

Mais en dehors de l'insertion vicieuse du placenta, il y a d'autres causes qui produisent des hémorrhagies pendant le cours de la grossesse normale, et parmi elles l'albuminurie : qui n'a pas suivi le service de M. Pinard et n'a pas vu presque tous les jours des cas d'hémorrhagie chez les albuminuriques ? il est vrai que ces hémorrhagies restent très souvent internes, mais si l'hémorrhagie est plus abondante, elle devient externe ; donc, d'après ce que nous venons de dire, nous pouvons nous résumer en disant que les hémorrhagies de la grossesse molaire ne diffèrent pas des autres hémorrhagies de la grossesse normale, et d'après l'hémorrhagie seule, nous ne pouvons pas faire le diagnostic.

Le second signe important de certains auteurs est : Le

développement exagéré de l'utérus, non en rapport avec l'âge de la grossesse. Dans le tableau que nous publions sur 45 cas de môles où les observateurs eurent soin d'indiquer le volume de l'utérus et l'âge de la grossesse, nous relevons que dans 27 cas l'utérus était soit en rapport avec l'âge de la grossesse, soit un peu moins développé ; tandis que dans 13 cas seulement le volume de l'utérus était plus développé qu'il ne fallait pas être. Mais, même dans les 13 cas où les observateurs ont signalé un développement exagéré, nous devons être très réservé ; car à cette époque — comme d'ailleurs beaucoup de médecins d'aujourd'hui — croyaient que l'utérus au 4^e mois de la grossesse se trouve à deux travers de doigt au dessus de la symphise pubienne ; tandis que M. le professeur Pinard ne cessé de nous faire observer par nous même, dans son service, que l'utérus au 4^e mois de la gestation atteint l'ombilic, et, au 5^e mois, le fond de l'utérus se trouve en dehors de l'ombilic ; supposez que le développement de l'utérus est en réalité — comme il arrive dans quelques cas de grossesse molaire, — un peu plus développé qu'à l'état normal, et vous aurez l'énorme développement de l'utérus qui, au 4^e mois de la gestation le fond de l'utérus dépasse d'un ou deux travers de doigt l'ombilic. D'ailleurs cette petite exagération du volume de l'utérus peut exister en dehors de la grossesse molaire dans le cas d'hydramnios léger qu'il n'est pas extrêmement rare dans les six premiers mois de la gestation.

Le troisième symptôme — pathognomonique — de certains auteurs, n'existe pas, car dans toutes les observations, il nous était impossible d'en trouver une seule où l'observateur indiquait nettement la sortie de certaines vésicules avant le commencement de l'expulsion définitive de la môle ; il est vrai que cette expulsion se fait le plus

souvent en plusieurs fois, et quelquefois elle dure très longtemps; mais cela ne veut pas dire que le commencement de l'expulsion de la môle est un symptôme pathognomonique, car alors on pourrait dire que la sortie de l'enfant est un symptôme pathognomonique de la grossesse normale.

Quant aux irrégularités qu'a signalées M. le professeur Depaul sur l'utérus, nous n'avons rencontré qu'une ou deux observations où les auteurs ont indiqué cette particularité, tandis que beaucoup d'observateurs ont indiqué la mollesse de l'utérus et la facilité avec laquelle on peut faire le palper.

En réalité, d'après ce que nous venons de dire, il n'y a pas de symptômes qu'on peut rapprocher exclusivement à la grossesse molaire. En dehors de ces trois symptômes, nous trouvons tous les signes du début de la grossesse que je crois inutile de rappeler; mais, s'il n'y a pas de symptômes propres pour la grossesse molaire, au contraire, le diagnostic de cette maladie peut être posé.

DIAGNOSTIC

La première question à résoudre quand une femme présente un grand nombre de signes du début de la grossesse, et qui perd du sang par le vagin, c'est de chercher si la femme est, oui ou non, enceinte, question extrêmement difficile, surtout pendant les trois premiers mois de la grossesse.

En médecine légale l'affirmation de la grossesse est possible seulement, quand le médecin sent différents signes qui caractérisent la présence d'un fœtus dans l'utérus ; mais cliniquement, nous voyons tous les jours des Professeurs presque assurer qu'une femme est enceinte avant l'époque où on sent les signes qui caractérisent la présence d'un fœtus.

Aujourd'hui, grâce aux progrès de la chirurgie abdominale, grâce aux efforts des chirurgiens, pour diagnostiquer les différentes affections et tumeurs de l'utérus et des annexes, on arrive facilement dans la pluralité des cas de faire le diagnostic entre un utérus gravide qui peut donner des hémorrhagies et un cancer du col de l'utérus, un fibrome de l'utérus, un kyste de l'ovaire, ou une métrite hémorrhagique ; nous sortirions de notre sujet si nous voulions faire le diagnostic de la grossesse et toutes ces affections que je viens de citer : mais nous pouvons rappeler ce qu'a écrit M. le Professeur Pinard dans l'article grossesse du Dict. Encycl.

quand même chez une femme nous constatons, « la suppression des règles, gonflement des seins, augmentation du volume de l'utérus, ramollissement du col, coloration violacée de la vulve et du vagin, coloration pigmentaire de l'aréole, effacement de la dépression ombilicale, apparition de la ligne brune, hypertrophie des tubercules mamillaires, sécrétion lactée, vergeture sur l'abdomen et sur les seins, souffle maternel... etc. Tous ces signes ont une grande valeur de probabilité, mais ils ne permettront jamais d'affirmer la grossesse, car tous peuvent être rencontrés en dehors de l'état de gestation, où ils sont tantôt le résultat d'un état morbide, tantôt l'expression d'un état purement physiologique, tantôt enfin, ils ne sont que les stigmates persistants d'une maternité antérieure. » Donc, avant l'apparition des signes qui caractérisent la présence du fœtus, il nous est impossible d'affirmer la grossesse; mais, en supposant que nous pouvions affirmer qu'une femme est enceinte en nous basant sur ce que la femme présente un certain nombre de signes de probabilité que je viens de citer: comme nous le faisons cliniquement, il nous est absolument impossible de diagnostiquer si cette grossesse est une grossesse normale, ou une grossesse molaire; car en discutant les symptômes que les auteurs donnent pour la grossesse molaire, nous espérons avoir démontré qu'il n'y a pas un seul sur lequel nous pouvons avoir confiance: ainsi donc, le diagnostic de la dégénérescence kystique des villosités chorales est impossible jusqu'à la fin du quatrième mois de la gestation, c'est-à-dire jusqu'à l'époque où les signes qui caractérisent le fœtus commencent à apparaître.

Pendant le quatrième mois de la gestation et les mois suivants, nous avons, d'après M. le professeur Pinard, quatre signes qui nous permettent d'affirmer d'une façon certaine la

grossesse ; si nous sentons d'une manière nette l'un de quatre signes suivants : 1° La perception de mouvements passifs par l'accoucheur, que cette perception résultera du mouvement d'un corps solide flottant dans un liquide, le tout contenu dans l'utérus ; 2° Perception des mouvements actifs perçus par l'accoucheur ; 3° Battements du cœur du fœtus ; et 4° la perception directe de l'œuf.

Mais, si nous pouvons faire le diagnostic de la grossesse normale pendant et après le quatrième mois de la gestation en constatant un des signes que je viens de citer, au contraire, le diagnostic de la grossesse molaire est très difficile ; car il n'existe pas des signes positifs pour cette grossesse : néanmoins nous pouvons arriver à faire ce diagnostic par exclusion en examinant notre malade méthodiquement et en suivant le même ordre que M. Buscarlet a suivi pour la malade de l'observation X.

Quelles sont les affections avec lesquelles nous pouvons confondre la dégénérescence kystique des villosités choriales ? Je laisse de côté, bien entendu, le cancer de l'utérus, les fibromes de l'utérus, les kystes de l'ovaire et les métrites hémorrhagiques, car je sortirais de mon sujet et je n'en finirais pas s'il fallait faire le diagnostic différentiel entre toutes ces maladies et la grossesse molaire ; mais je veux examiner et je tâcherais à faire le diagnostic entre la grossesse molaire, la grossesse normale et les fibromyomes sous-muqueux de l'utérus avec lesquels nous sommes le plus souvent exposés à confondre.

Nous avons dit précédemment que le diagnostic est impossible avant le quatrième mois de la gestation, par conséquent nous supposons que notre malade est à son quatrième mois ; et si elle n'y est pas il faut attendre que la femme soit réellement à son quatrième mois de la prétendue grossesse (s'il n'y

a pas urgence à intervenir), pour faire un diagnostic à peu près certain.

Voilà donc notre malade arrivée à la fin du quatrième mois de la supposée gestation, et qui présente un grand nombre des signes de probabilité de grossesse, de plus par notre examen répété à intervalles plus ou moins éloignés, nous constatons que la tumeur abdominale est formée par le corps de l'utérus, que cette tumeur est régulière, contractile, et d'une consistance plus ou moins ferme ; et en plus de tous ces symptômes, la malade perd du sang plus ou moins abondamment par le vagin ; la malade ainsi examinée, il est facile de comprendre que dans ce cas, on ne peut avoir affaire qu'à une des affections que je citais auparavant ; c'est-à-dire, soit avec une grossesse normale, soit avec un fibromyome sous-muqueux de l'utérus, soit enfin avec une grossesse molaire.

Nous pouvons affirmer à cette époque si notre femme est enceinte (car nous disions que nous examinons notre malade à la fin ou après son quatrième mois de la prétendue grossesse), d'une grossesse normale avec un fœtus vivant ou mort en cherchant un des trois signes indiqués par M. le P^r Pinard comme signes de certitude de la grossesse normale : si notre malade examinée méthodiquement comme il est indiqué par notre éminent président dans son Traité du palper abdominal et en plusieurs reprises le médecin ne trouve ni battements du cœur du fœtus, ni mouvements passifs ni de mouvements actifs ; il peut rejeter l'idée de grossesse normale avec fœtus vivant ; il nous reste à savoir s'il ne s'agit d'une grossesse normale avec fœtus mort, dans ce cas le fœtus étant mort avant la fin du quatrième mois de la grossesse, il est très difficile, même impossible, d'après M. le P^r Pinard, si le

foetus est mort depuis quelque temps, de sentir quoi que ce soit par le palper ; car il subit de telles modifications dans la cavité utérine, qu'il perd tous les caractères qu'il possède pendant qu'il est vivant ; nous pouvons tourner cette difficulté en cherchant alors les symptômes caractérisant la mort du foetus, et parmi ceux-là il faut demander à la parturiente si son ventre n'a subi un arrêt dans son évolution et s'il n'a pas diminué de volume ; car si l'utérus continue son évolution, et augmente de volume même très lentement, il est certain qu'il ne peut pas agir d'une grossesse avec foetus mort, et c'est en s'appuyant sur le développement de l'utérus, après avoir constaté l'absence de mouvements actifs, des mouvements passifs et les bruits du cœur du foetus que M. le Pr Pinard a posé le diagnostic de grossesse molaire dans un cas qu'il relate dans son Traité du palper abdominal. En procédant ainsi que je viens de l'indiquer on arrive à éliminer la grossesse normale avec un foetus vivant ou mort, et il nous reste à faire le diagnostic entre les fibromyomes sous muqueux de l'utérus, et la grossesse molaire.

D'après M. Pozzi, il y a trois variétés de polypes utérins ; de polypes intra-utérins ; de polypes à apparition intermittente ; enfin des polypes intra-vaginaux. Le diagnostic des polypes intra-vaginaux est très aisé, on n'a qu'à introduire le doigt dans le vagin et pratiquer le toucher pour faire le diagnostic ; pour les polypes à apparition intermittente, il est de toute nécessité d'examiner la femme pendant ses règles ou pendant ses hémorrhagies ; et d'après M. Pozzi, les polypes à ce moment franchissent le col pour disparaître après ; il est donc facile de reconnaître par le toucher, s'il y a des polypes à apparition intermittente.

Le diagnostic devient délicat entre les polypes intra-utérins et la dégénérescence kystique des villosités chorionales. Pour faire ce diagnostic, il faut tenir compte des signes que présente la malade, si la disparition des règles existe, si le col de l'utérus est ramolli, si en même temps existent d'autres signes qui caractérisent le début de la gestation ; de plus si le corps de l'utérus augmente régulièrement, si cette augmentation du corps de l'utérus est relativement rapide ; car pour une grossesse de trois mois, le fond de l'utérus se trouve à trois ou quatre travers de doigts au-dessus du pubis, et à quatre mois au niveau de l'ombilic. On peut alors, sans hésiter, porter le diagnostic de grossesse molaire ; car vraiment il faut que tout conspire pour tromper un médecin ou un accoucheur attentif ; car il est extrêmement rare que tous ces symptômes se rencontrent à un polype intra-utérin : cela pourtant peut arriver, et nous savons que très souvent des erreurs sont commises par des accoucheurs et des chirurgiens les plus expérimentés, qui ont pris non pas une grossesse molaire pour une tumeur, mais une grossesse avec enfant vivant pour une tumeur ou un kyste.

Il y a encore un autre moyen d'examen pour affirmer d'une façon certaine le diagnostic, c'est, ce qu'on appelle l'exploration digitale de la cavité utérine. Nous l'avons laissé en dernier lieu, parce qu'il est nécessaire de discuter et d'indiquer son application dans notre cas. M. le professeur Pinard, à sa leçon clinique sur la môle vésiculaire, nous disait que tant qu'on n'a pas la certitude absolue que l'utérus ne renferme un embryon, on n'a pas le droit d'introduire quoi que ce soit dans l'intérieur de la matrice. Ainsi, pendant les trois premiers mois qu'on suppose une femme enceinte, on ne peut pas, on ne doit

pas introduire le doigt pour explorer la cavité utérine ; cependant, il faut passer outre pour le cas où la vie de la femme est en danger, par des hémorrhagies répétées et très abondantes ; alors, il faut seulement introduire le doigt dans le col, franchir l'orifice interne et explorer le contenu de la matrice, si cela est possible.

Pour notre cas particulier, où il n'existe pas un fœtus, mais où nous cherchons à faire un diagnostic entre polypes intra-utérin et grossesse molaire, nous pouvons, sans grand inconvénient, introduire le doigt dans la cavité utérine et aller chercher, s'il y a des polypes intra-utérins, ou s'il y existe un œuf dégénéré. Par ce moyen d'examen on arrivera sûrement à poser un diagnostic ferme.

En nous rappelant ce qu'écrivait Hippocrate pour le diagnostic de la môle, nous pouvons dire qu'il avait parfaitement raison quand il disait avec une simplicité extrême : « quand chez une femme *enceinte*, le troisième et le quatrième mois passent et qu'on ne sent rien remuer dans le ventre, c'est évidemment une môle. » Le diagnostic de môle posé, quel est le pronostic ?

Pronostic. — Il est entendu qu'en parlant de la dégénérescence kystique des villosités choriales, nous ne comprenons pas les cas où un enfant a pu se développer jusqu'à terme à côté d'une dégénérescence partielle de certaines villosités choriales ; car alors, comme l'a dit M. Cayla, il n'y a pas môle. Ainsi nous n'avons pas à porter de pronostic pour l'enfant qui n'existe pas.

D'après M^{me} Boivin et M. Hirtzmann, le pronostic pour la femme est assez grave, M^{me} Boivin cite sept cas de femmes mortes sur un assez grand nombre d'observations. M. Hirtzmann, dans sa thèse et d'après sa statistique, cite encore sept

cas de mort sur 52 observations, c'est-à-dire une mortalité de 13 %. Mortalité énorme pour nous aujourd'hui. Cela tient peut-être, non pas à la gravité de la maladie en elle-même ; mais à la non intervention des observateurs, ou à la mauvaise conduite qu'ont tenue les différents auteurs, et surtout à l'affection puerpérale dans cette époque.

Comme on le voit dans notre tableau qui porte 45 cas des mûles vésiculaires, nous ne trouvons que trois femmes mortes ; et sur ces trois femmes, la première (obs. Verrier), la femme est morte de l'infection puerpérale après quelques jours ; la seconde femme (obs. Buscarlet), la mort peut être attribuée aussi bien à la mûle qu'à son albuminurie ; la troisième femme morte (obs. Rieck), la mort est survenue trois mois après l'expulsion de la mûle, il est donc difficile d'admettre comme cause de cette mort la dégénérescence kystique des villosités choriales.

Le pronostic pour la femme n'est donc pas aussi terrible qu'il paraissait à l'époque de M. Hirtzmann ; mais pourtant il reste encore assez sérieux parce que la femme est exposée à de graves et très fréquentes hémorragies avant, pendant et après l'expulsion de la mûle, qui se fait le plus souvent en plusieurs fois.

Cette expulsion est accompagnée toujours d'hémorrhagie plus au moins abondante.

Traitement. — D'après l'étude que nous venons de faire des symptômes, du diagnostic, et du pronostic, on voit que la dégénérescence kystique des villosités choriales n'est dangereuse que pour la femme et par les hémorragies qu'elle provoque avant, pendant, et après l'expulsion de la mûle. Par conséquent, notre but thérapeutique sera de sauvegarder la vie de la femme menacée par les hémorragies.

Comme on le voit dans notre tableau, les hémorrhagies paraissent avant et après la fin du quatrième mois de la gestation. Pour les hémorrhagies qui surviennent pendant les 4 premiers mois de la grossesse, nous n'avons pas à nous en occuper, on agira comme on agit pour une hémorrhagie menaçant un avortement ; mais pour les hémorrhagies qui surviennent après la fin du quatrième mois de la grossesse, alors que le diagnostic pourrait être fait de dégénérescence kystique des villosités chorionales, il faut distinguer les hémorrhagies qui surviennent chez une femme forte et bien portante jusqu'alors, et celles qui surviennent chez une femme faible, anémiée, et exsangue par des hémorrhagies antérieures.

Pour le premier cas, si le diagnostic n'était pas ferme, on peut à la rigueur mettre la femme au lit, au repos, et faire des injections vaginales très chaudes, 48°-50° ; prêt à intervenir plus activement si l'hémorrhagie ne s'arrêtait pas, ou réapparaissait au bout de quelques jours ; dans tous les cas il faut bien se garder de faire le tamponnement, qui est une cause d'excitation des contractions utérines ; mais très lent.

Nous arrivons ainsi à notre cas particulier ; la conduite à tenir pour une hémorrhagie qui survient chez une femme qui a déjà eu plusieurs hémorrhagies et qui est faible, anémiée, et presque exsangue, et dont le diagnostic est grossesse molaire. Nous allons donc intervenir contre une maladie qui cause toujours des hémorrhagies pendant l'expulsion ; de plus, chez une malade où la plus petite hémorrhagie ajoutée à la perte sanguine qu'une femme subit normalement pendant l'expulsion de son produit de conception, peut produire des accidents terribles. La conclusion raisonnée qui résulte de ce cas-là, qui est le cas

le plus habituel, d'après toutes les observations que nous avons lues, est d'intervenir immédiatement et d'en finir le plus tôt possible pour que la femme perde la moindre quantité de sang.

Quels sont les moyens qui nous permettent de débarrasser l'utérus de son produit anormal au plus bref délai, et en empêcher l'hémorrhagie de se produire pendant l'expulsion ? Telle est la question que l'on doit se poser pour le choix de notre intervention.

Nous vous laissons de côté tous les moyens que les anciens employaient pour provoquer cette expulsion, et nous allons examiner la valeur des cinq procédés suivants, que les différents auteurs nous indiquent.

Tamponnement ; bougie de Krause ; ballon de M. Tarnier ; dilatateur métallique ; et ballon de M. Champetier de Ribes.

Comme on le voit dans les quatre cas où le tamponnement a été pratiqué : Observation de M^{me} Boivin ; obs. de M^{me} Lachapelle ; obs. de M^{me} Schuhl ; et obs. de M. Fourier, le tamponnement n'a arrêté l'hémorrhagie qu'extérieurement ; mais il n'a pas empêché le sang de s'accumuler entre le tampon et l'utérus ; et la preuve qu'il en était ainsi, c'est que, immédiatement que le tampon était enlevé, obs. de M^{me} Boivin, et obs. de M. Fourier, l'hémorrhagie extérieure se déclarait et plus abondante ; soit le tampon expulsé peu après son application, obs. de M^{me} Lachapelle, obs. de M. Schuhl, son expulsion était suivie de très grandes hémorrhagies.

En supposant même que nous arrêtons les hémorrhagies par le tamponnement, cela ne nous convient pas parce qu'il faut avoir toujours tamponné le vagin, tandis que nous nous cherchons à dilater le col le plus tôt possible, chose que ne fait pas le tampon, car il est un très faible excitant

des contractions utérines, et il met beaucoup de temps pour produire la dilatation du col, par conséquent il est contraire à notre but qui est de dilater le col de l'utérus aussi promptement que possible, et arrêter l'hémorrhagie pendant cette dilatation.

La sonde de Krause est plus mauvaise que le tamponnement, car non seulement elle n'arrête pas l'hémorrhagie, mais elle peut la provoquer en excitant l'utérus. De plus elle met quelquefois jusqu'à trois jours et même quatre pour provoquer les contractions de l'utérus, temps pendant lequel notre femme peut très bien mourir, par suite des hémorrhagies qu'a provoquées l'introduction de la sonde de Krause dans la matrice.

Avec le ballon de M. Tarnier, il est vrai qu'on peut provoquer mieux le travail, mais il n'empêche pas les pertes sanguines. Lui aussi met un temps assez prolongé pour dilater le col, quelquefois il est expulsé sans même provoquer de douleurs surtout chez les multipares.

Aussi les dilatateurs métalliques non seulement n'arrêtent pas l'hémorrhagie pendant la dilatation du col, mais au contraire la provoquent. Ainsi, ni le tamponnement, ni la sonde de Krause, ni le ballon de M. Tarnier, ni enfin les dilatateurs métalliques ne remplissent notre but, qui consiste à dilater le col le plus rapidement possible en arrêtant en même temps l'hémorrhagie pendant cette dilatation.

Il nous reste le ballon de M. Champetier ; ce ballon, employé dans d'autres circonstances, on lui reproche de déplacer la tête, d'être la cause de mauvaises présentations, de provoquer la procidence du cordon et enfin de décoller le placenta quand il se trouve inséré centre pour centre ; mais personne jusqu'à présent n'a discuté sa valeur réelle pour dilater le col de l'utérus dans un temps extrêmement court en faisant de

petites manœuvres, que nous ne pouvons pas décrire ici, et de plus empêcher les hémorrhagies de se produire pendant la dilatation, ce qui est extrêmement important dans le cas où nous nous plaçons. Ainsi donc, les quatre reproches qu'on fait au ballon de M. Champetier n'existent pas dans le cas de grossesse molaire, puisqu'il n'existe ni tête, ni enfant, ni cordon, ni placenta prévia ; tandis qu'il remplit admirablement le but que nous cherchions à atteindre, c'est-à-dire dilater le col à bref délai et arrêter les hémorrhagies pendant la dilatation.

Après la dilatation du col de l'utérus par l'introduction du ballon de M. Champetier, il faut, si la môle ne s'expulse pas rapidement et en une seule fois, introduire la main dans la cavité utérine et retirer tout ce qu'elle contient ; faire ensuite une injection intra-utérine. Pour les suites de cette couche anormale, tenir la même conduite que pour l'accouchement normal.

CONCLUSIONS

La dégénérescence kystique des villosités choriales était connue d'Hippocrate sous le nom — Môle — et la regardait comme la dégénérescence du produit de conception.

Mauriceau, après Hippocrate, professait que la môle est une dégénérescence de l'œuf. Lui le premier, en 1681, divisa les môles en quatre espèces.

Il n'y a aucun symptôme qui appartient en propre à la grossesse molaire.

Le diagnostic de la dégénérescence kystique des villosités choriales est impossible avant le quatrième mois de grossesse dégénérée ; il devient possible pendant et après le quatrième mois de la dite gestation.

Le pronostic pour la femme est assez sérieux par les hémorrhagies que provoque la dégénérescence kystique des villosités choriales avant, pendant, et après l'expulsion.

6^{me} La cause de la dégénérescence kystique des villosités choriales est la même que pour toutes les tumeurs : inconnue.

7^{me} La seule conduite à tenir est l'introduction du ballon de M. Champetier de Ribes dans l'utérus pour

dilater le col, et arrêter l'hémorrhagie pendant la dilatation : si l'expulsion ne se fait pas rapidement et en une seule fois, une fois que le col est dilaté, il faut introduire la main dans l'utérus et enlever tout ce qui reste de la môle ; après, faire une injection antiseptique dans l'utérus.

Vu par le Président de la Thèse :

PINARD.

Vu :

Le Doyen,

D^r BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- HIPPOCRATE. — Liv. I. Mal. des femmes. Vol. 8. Trad. Littré.
- ARISTOTALES. — De generatione animentum. Lib. 4. cap 7.
- GALLIEN. — Liv. 14. Des organes génitaux, chap. VII.
- AETIUS. — Tetrabile 4, sermo 4, c. 79.
- ÆGINETE. — Liv. 3. chap. 69.
- AVICENNA. — Ed. Venisa, 1583, p. 389.
- AMB. PARÉ. — Lyon, 1641, p. 616.
- P. PORTAL. — Pratique d'accouchement. 1681.
- VALISNIERI. — Storia del Perto vesicolore. Opera di Vali snieri. Vol. II.
ed di Paova, 1710.
- MAURICEAU. — Traité des maladies des femmes. 6^{me} éd. II volumes.
- SMELLIE. — Obs. sur les accouchements, art. III, ob. 1 et 2.
- ASTRUC. — Mal. des femmes. Tome V, p. 191.
- RUYSCK. — Fascie VI, p. 32. I vol. ed. 1732.
- ALBINUS. Anat. Acad. Lib. I tab. III, fig. 1^{re}, p. 69.
- HILLER. — Opusc. Pathol. Obs. 48.
- GRASSUIS. — De nature et origine hydatition disquisitio, p. 36.
- PERCY. — Jour. de M., de Chir. et de Phar. 1811.
- LERAY. — Nouveau journal de Méd. Mai 1822.
- DESORMEAU. — Art. môle. Dict. en trente volumes.
- DE GRAEF. — Opera omnia, Lyon 1678.
- M^{me} BOIVIN. — Recherches sur l'orig., la nature et le trait. des môles vésiculaires, 1827.
- CAYLA. — Thèse 1849.
- ANCELET. — Gazette des Hôpitaux, 1818.

- DE SOYRE. — Mouvement médical, 1868.
— — Archives de Tocologie, 1874, p. 376.
CHARPENTIER. — Thèse agrég. 1869.
TUEFFELD. — Union médicale. 1873.
GALLIPPE. — Jour. de con. méd. chir. 1874, p. 104.
HIRTZMANN. — Thèse, 1874.
PITISTIONO. — Thèse, 1875.
BUTARESCA. — Thèse, 1867.
BUDIN. — Prog. médical, 1875.
ANCELET. — Ann. de gynécologie, 1876.
CHERROPIN. — Thèse, 187.
ERCOLANI. — Archiv. de tocologie, 1874.
DUCHAMP. — Thèse d'agrég. 1880.
WIRCHOW. — Pathologie des Tumeurs.
TARTARIN. — Journ. de méd. et chir. pratiques, 1882.
VERRIER. — Gaz. hebdm. 1883.
DULAC. — — 1884.
ROESER. — Journ. des Sages-femmes, 1886.
DERDIGNAC. — Jour. de Médecine, vol. IX, p. 54.
LE CLERC. — — vol. XV et XXIV.
MONGET. — Biblioth. anatom. Tom. I part. I, p. 465.
LITTRÉ. — Mém. de l'Académie des Sciences, 1715, p. 5.
DOERING. — Ann. de Gyn. 1886, p. 469.
SCHRECK. — Thèse Pitistieno.
DE LA HARPE. — Archive de Tocol. 1874.
BLOCH. — Thèse de Breslau, 1869.
DUFOUR. — Bull. de la Soc. anat. 1865, p. 563.
HERBERT. — — 1869, p. 77.
MADDEN. — Dublin, Quart jour. 1863, p. 290.
MOORE. — — 1863, p. 473.
VALERIUS. — Ann. méd. d'Anvers, 1863.
SHATTUCK. — Boston med. jour., 1888, p. 358.
T. C. SMITH. — Jour. of. amer. assoc. 1887, p. 686.
HACKMEY. — — — 1887, p. 766.
GILLETTE. — Obst. Soc. of. New-York, 1886.
MANDELL. — Jour. of. Amer. assoc. 1888.
PENNEL. — Rev. gén. de clin. 1889.
OLIVIER. — Lancet, 1889.
LEVERS — — 1890.
FOURRIER Fils. — Revue gén. de Méd. et de Thérap. 1890.

- BUSCALLET. — Arch. de Tocol. 1890.
CRAIGIN. — Boston med. jour. 1893.
M^{me} CUAIG. — Med. News, 1892.
SCHUL. — Arch. de Tocol. 1891.
— — Rev. med. de l'Est, 1888.
MALICHEG. — Gazette des Hôpitaux, 1866.
Alex. RIECK. — Thèse Berlin, 1890.
METGGES. — Thèse Warzbourg, 1837.
KEHRER. — Arch. f. Gynack.
HYPOLITTE. — Mémoire de la Soc. de Nancy, 1881.
CORNIL et RANVIER. — Anatomie Pathol.
TERNIER-BUDIN. — Traité d'accouchement.
PINARD. — Art. gros. du Dict. Encyc.
— — Traité du Palper abdominal.
RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — Précis d'accouchement.

